

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1904

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 4 Mai 1904, à 1 heure.

PAR

E. BUINEAU

Ancien Interne des Hôpitaux d'Angers
Prosecteur à l'Ecole de Médecine
Lauréat de l'Ecole

Travaux de la Clinique Chirurgicale du Docteur Monprofit
d'Angers.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'EXCLUSION DE L'INTESTIN

Président : M. TILLAUX, professeur.

*Juges : { M. KIRMISSON, professeur.
MM. BROCA (Aug.), MAUCLAIRE, agrégés*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

H. JOUVE

15, rue Racine, 15

—
1904

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.		M. DEBOVE.
Professeurs		MM.
Anatomie.....		P. POIRIER
Physiologie.....		CH. RICHET.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD
Pathologie médicale.....	}	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....		BRISSAUD.
Anatomie pathologique.....		LANNELONGUE
Histologie.....		CORNIL.
Opérations et appareils.....		MATHIASDUVAL
Pharmacologie et matière médicale.....		RECLUS.
Thérapeutique.....		POUCHET.
Hygiène.....		GILBERT.
Médecine légale.....		CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		BROUARDEL
Pathologie expérimentale et comparée.....		DEJERINE.
Clinique médicale.....	}	HAYEM.
		DIEULAFOY.
		DEBOVE.
		LANDOUZY.
Maladie des enfants.....		GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux.....		RAYMOND
	}	TILLAX.
Clinique chirurgicale.....		LE DENTU.
		TERRIER.
Clinique ophtalmologique.....		BERGER.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		DE LAPERSONNE
Clinique d'accouchements.....	}	GUYON.
		BUDIN.
Clinique gynécologique.....		PINARD.
Clinique chirurgicale infantile.....		POZZI.
		KIRMISSON.
Agrégés en exercice.		
MM.		
ACHARD	FAURE	LEGUEU
AUVRAY	GILLES DE LA	LEPAGE
BESANÇON	TOURETTE	MARION
BONNAIRE	GOSSET	MAUCLAIRE
BROCA (AUG.).	GOUGET	MERY
BROCA (ANDRÉ)	GUIART	POTOCKI
CHASSEVANT	HARTMANN	REMY
CUNEO	JEANSELME	RENON
DEMELIN	LANGLOIS	RICHAUD
DESGREZ	LAUNOIS	RIEFFEL (chef
DUPRE	LEGRY	des travaux anat.)
		TEISSIER
		THIERY
		THIROLOIX
		THOINOT
		VAQUEZ
		WALLICH
		WALTHER
		WIDAL
		WURTZ

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

ET DE MA MÈRE

A MA SŒUR

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MES CAMARADES D'INTERNAT

*Souvenir de nos bonnes relations
et des joyeuses années passées
à l'Hôtel-Dieu d'Angers.*

A MES MAÎTRES
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE ET DE
L'HÔTEL-DIEU D'ANGERS

MONSIEUR LEGLUDIC
Directeur de l'Ecole de Médecine
Chevalier de la Légion d'Honneur.

MESSIEURS MONPROFIT, JAGOT, BOQUEL
Professeurs de Clinique.

MESSIEURS THIBAUT, TESSON, MAREAU,
MOTAIS, MARTIN, PAPIN, BRIN, CHARRIER,
ROGUET, MAUGOURD, COCARD, ROYER
Mes Maîtres à l'Ecole ou à l'Hôpital.

*Expression de toute ma reconnaissance
pour leurs savantes leçons, leurs excellents
conseils et leur bienveillante sympathie.*

A MES PROFESSEURS DE LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE PARIS

Hommage respectueux.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

Chirurgien des Hôpitaux
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'honneur.

AVANT-PROPOS

L'exclusion de l'intestin a été pendant longtemps l'apanage de la chirurgie allemande ; elle n'a été expérimentée en France qu'à partir de 1899, et c'est seulement depuis le mémoire de Terrier et Gosset, en 1900, que la méthode est devenue classique.

A partir de cette époque, elle eut ses partisans dévoués et ses adversaires acharnés. En 1903, elle fut une des questions à l'ordre du jour et le XVI^e Congrès de Chirurgie de Paris y consacra toute la journée du 19 octobre 1903.

Avant de commencer l'étude de l'exclusion, il est bon de préciser le sens à attribuer au mot exclusion. L'exclusion de l'intestin est une opération qui a pour but de séparer, d'éliminer de la circulation intestinale une anse d'intestin. Mais elle a été diversement comprise par les auteurs. Les uns, avec Salzer, ne donnent le nom d'exclusion qu'aux opérations dans lesquelles, après avoir isolé un segment d'intestin par deux sections, on rétablit le cours des matières

par une entéro-anastomose. Les autres, avec Woelfer, étendent ce terme à toutes les opérations qui excluent de la circulation intestinale un segment d'intestin, en dérivant le cours des matières ; et l'entéro-anastomose de Maisonneuve rentre dans ce cadre.

Pour définir l'exclusion, nous nous rangerons à l'opinion de Hartmann. Etant donné que l'entéro-anastomose ne dérive d'une manière générale qu'incomplètement les matières, nous pensons qu'en pratique il faut réserver le terme exclusion aux opérations dans lesquelles on interrompt par une ou deux sections la continuité de l'intestin.

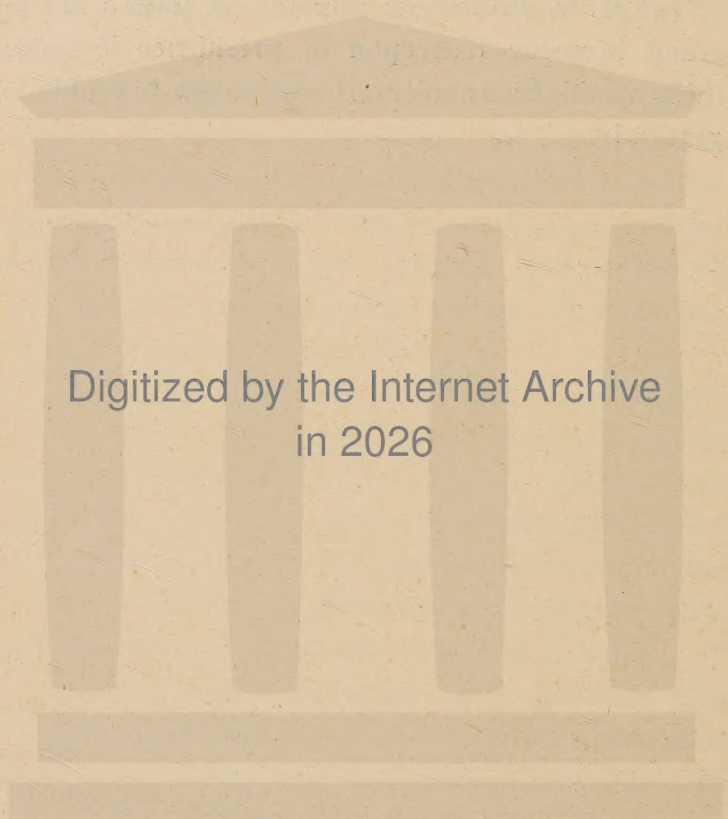
Nous avons eu l'occasion, à l'Hôtel-Dieu d'Angers, de voir notre maître, le Professeur Monprofit, pratiquer un certain nombre d'exclusions. Interne dans son service, nous l'avons aidé plusieurs fois dans ses interventions ; nous avons pu examiner ses malades avant et après l'opération ; enfin c'est sur ses conseils que nous avons abordé l'étude de ce sujet.

Après un rapide historique de la question nous étudierons les indications de l'exclusion ; puis nous passerons en revue les divers procédés d'exclusion en décrivant la technique employée par le professeur Monprofit. Nous apprécierons ensuite par l'analyse de nos observations les résultats obtenus par cette méthode opératoire ; de là découleront nos conclusions.

Qu'il nous soit permis d'exprimer ici à M. le professeur Monprofit toute notre reconnaissance pour le

bienveillant intérêt qu'il n'a cessé de nous témoigner dans le courant de nos études et pour l'amabilité avec laquelle il a mis à notre disposition les documents nécessaires à l'entreprise de ce travail.

Que M. le Professeur Tillaux, qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse, veuille bien agréer nos sentiments de profonde gratitude.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'EXCLUSION DE L'INTESTIN

HISTORIQUE

L'exclusion de l'intestin, avant d'entrer dans la pratique chirurgicale, était connue des physiologistes qui l'employaient pour recueillir le suc entérique chez les animaux; ce procédé est d'un usage courant en physiologie sous le nom de fistule de Thiry-Vella.

Trendelenburg, de Bonn, le 2 décembre 1885, pratique pour la première fois chez l'homme l'exclusion de l'intestin. Cette opération passe inaperçue et ce n'est que neuf ans plus tard que Ernst Becker en montre l'importance.

A partir de 1892, elle est pratiquée dans tous les pays de langue allemande. Les travaux de Salzer, en 1891 et 1892 ; de Hochenegg et de Rudolf Frank, en 1892 ; de von Eiselberg et de Klecki, en 1893 ; de Korte, de von Baracz et d'Obalinški, en 1894 ; de Reichel, de Bier, de Wiesinger, de Funke et de Friele, en 1895 ; de Narath et d'Obalinski, en 1896, expression vivante des polémiques qu'elle suscita, ont contribué à dégager l'exclusion des incertitudes du début et à lui donner la valeur d'un procédé classique.

L'exclusion de l'intestin ne fut vulgarisée en France qu'en 1897, au moment où Heydenreich de Nancy fit paraître une étude critique sur ce sujet. En 1898, Lavisé, de Bruxelles, en publie deux observations. En 1899, Terrier relate la première exclusion pratiquée en France. En même temps, von Eiselberg, et Narath, en Allemagne, exposent dans des travaux intéressants leurs idées personnelles sur la question. En 1899, von Baracz fait paraître une étude expérimentale très documentée.

Mais ce n'est que depuis 1900, époque où parut dans la *Revue de chirurgie* l'article de Terrier et Gosset, que l'exclusion de l'intestin a acquis droit de cité en France.

La même année, on discute à la Société de chirurgie de Paris une observation de Hartmann.

En 1901, Drucbert, dans une série d'articles publiés dans l'*Echo médical du Nord* et dans sa

thèse inaugurale, résume la partie expérimentale de la question.

A l'étranger, paraît le travail de Roskoschny qui relate les brillants succès obtenus par la méthode de Hochenegg dans la tuberculose cœcale.

En 1902, signalons les articles de Kammerer, Langemak, d'Erwin Payr et la thèse de Wilhelm Ammer.

En Italie, Giordano de Milan et Nannotti de Pistoia, emploient l'exclusion dans le traitement de certaines colites. La thèse de Labey résume leurs idées.

En France paraissent en 1902 un article de Delore et Patel, dans la *Revue de chirurgie*, sur la valeur physiologique des divers procédés d'exclusion, une description de la méthode par Jeannel, des observations de Peyrot, Mouchet, Pauchet et Jaboulay.

En 1903, le *Lyon médical* publie un article de Cavaillon. Lance, dans sa thèse inaugurale, fait une étude clinique très complète de l'exclusion et rapporte 146 observations. Quelques mois plus tard, Vautrin, dans la *Revue de Chirurgie*, s'attache à montrer l'utilité de l'exclusion et revendique l'honneur de l'avoir le premier pratiquée en France. A la Société de Chirurgie, s'élèvent en juin et en juillet des discussions mouvementées dans lesquelles Faure, Poirier, Tuffier et Routier, se font les adversaires acharnés de l'exclusion.

Signalons enfin, au XVI^e Congrès de Chirurgie, le rapport de Hartmann qui met au point la question et laisse le 19 octobre 1903 le champ libre aux dis-

cussions. Roux de Lausanne, Tédénat de Montpellier, Girard de Berne, Doyen, Berger, Mauclaire, Morestin, Depage de Bruxelles, Maire de Vichy, Haberer de Vienne, rapportent leurs observations et discutent les procédés opératoires et les indications de l'exclusion.

Monprofit d'Angers apporte à la technique de l'exclusion une modification qui supprime la fistule cutanée si désagréable au malade et assure le libre écoulement des sécrétions de la portion exclue par la voie rectale.

INDICATIONS

L'exclusion de l'intestin a toujours été regardée comme un pis aller, une opération palliative, dans le cas où l'exérèse de la lésion était impossible. A mesure que le manuel opératoire se simplifiait, les indications se sont précisées et étendues. Salzer l'appliquait d'abord aux fistules stercorales et aux anus contre nature. Hochenegg l'utilisait en cas de lésions tuberculeuses et de cancer inopérable. Depuis, son emploi s'est étendu aux fistules intestino-vaginales, aux néoplasmes des divers segments du tube digestif et aux lésions inflammatoires ulcérées de l'intestin.

Voyons d'abord quelles sont les indications générales de l'exclusion et passons ensuite en revue les cas particuliers dans lesquels elle est de mise.

Vautrin a indiqué d'une façon très large les cas qui peuvent relever de l'exclusion. « L'exclusion, dit-il, n'étant autre chose que la séparation d'un segment d'intestin malade, son isolement de la continuité du tube digestif et sa mise au repos fonctionnel, il s'ensuit que cette thérapeutique trouvera son application chaque fois que la chirurgie ne pourra supprimer la

lésion par une exérèse radicale, ou bien lorsque la lésion sera susceptible de guérir elle-même après la suppression du passage irritant des matières intestinales ».

Cette nomenclature des indications comprend bien tous les cas d'exclusion pratiqués; en y ajoutant les faits d'exclusion sur l'intestin sain, on a une vue d'ensemble de la question.

Nous diviserons donc les indications de l'exclusion en trois grands groupes :

Premier groupe. — Exclusion sur l'intestin sain ;

Deuxième groupe. — Exclusion en cas de lésions bénignes, inflammatoires, susceptibles de guérir par la mise au repos de la portion d'intestin lésée (Exclusion curative) ;

Troisième groupe. — Exclusion en cas de lésions graves, étendues, dont l'extirpation est impossible (exclusion palliative).

I. — *Exclusion sur l'intestin sain.*

Lance, dans sa thèse, et Hartmann, dans son rapport au XVI^e congrès de chirurgie, conseillent de pratiquer l'exclusion de l'intestin sain dans deux circonstances :

1^o Après certaines résections intestinales dans lesquelles il est impossible de rapprocher les deux bouts de l'intestin, on pratique l'exclusion unilatérale d'un certain segment intestinal. C'est ce qui a

été fait après résection des côlons ascendant et descendant, du côlon iliaque.

Le professeur Monprofit l'emploie de parti pris après la résection d'un cancer de l'intestin. Après avoir enlevé le néoplasme, quelque large qu'ait été la résection, on n'est pas à l'abri d'une récurrence. Il est par conséquent de la prudence la plus élémentaire de mettre l'anastomose le plus loin possible du siège primitif du cancer ; car, s'il y a récurrence, le néoplasme mettra beaucoup plus de temps à envahir l'anastomose et à produire des phénomènes d'occlusion. Ainsi le malade ne mourra pas d'occlusion, mais succombera à la cachexie cancéreuse, ce qui a l'avantage d'être moins douloureux et de laisser une survie appréciable.

20 Dans un but d'uretéro et de cystoplastie, on a pratiqué l'exclusion de l'intestin sain. Des tentatives expérimentales ont été faites chez le chien par Poggi et Tizzoni, en 1888. Rutkowski et Mikulicz l'ont utilisée chez l'homme pour la cure de l'extrophie vésicale.

II. — *Exclusion curative.*

L'exclusion en tant qu'opération curative, a été utilisée dans les cas où le repos de l'intestin malade pouvait amener une amélioration capable d'aboutir à la guérison. C'est le cas de lésions superficielles, bénignes, inflammatoires.

Les principales affections où elle est de mise sont les anus contre-nature et fistules stercorales, les fistules pyo-stercorales, les invaginations chroniques, les oblitérations congénitales de l'intestin, certaines formes de colites rebelles et certaines tuberculoses cœcales, sans généralisation pulmonaire.

1° *Anus contre-nature et fistules stercorales.* — Evidemment l'exclusion de l'intestin est inférieure à l'entérectomie qui supprime la lésion et rétablit le cours des matières ; et la résection doit rester l'intervention de choix. C'est seulement dans le cas où cette dernière est impossible par suite des adhérences ou à cause de phénomènes inflammatoires qu'on pourra utiliser l'exclusion. On la fera bilatérale, puisque la fistule que l'on veut guérir servira de soupape de sûreté. Dans certains cas, cette exclusion, mettant au repos l'intestin malade, permettra de pratiquer plus tard l'exérèse de la fistule.

2° *Fistules pyo-stercorales.* — C'est surtout dans ce cas que l'indication de l'exclusion se présente le plus fréquemment. En effet, la résection est souvent impraticable à cause de la résistance des adhérences et surtout de la présence de petits abcès enkystés au milieu de ces adhérences et dont la rupture pourrait provoquer une péritonite. Dans ces cas, la résection doit céder le pas à l'exclusion. C'est la conclusion à laquelle arrive von Eiselberg ; et si l'exclusion unilatérale est souvent insuffisante, l'exclusion bilatérale donne toujours de bons résultats.

3° *Fistules complexes ou difficilement accessibles.*

— Les fistules entéro-vaginales ont été traitées avec succès par l'exclusion. Cette dernière, bien moins dangereuse que l'exérèse totale, laisse après elle, il est vrai, une fistulette persistante qui s'ouvre dans le vagin ; mais le suintement qu'elle donne diminue rapidement et n'incommode pas plus la malade qu'une simple métrite.

Les fistules uretéro et vésico-intestinales, traitées deux fois par l'exclusion, n'ont pas donné de résultats satisfaisants. Enfin, dans le cas de fistules complexes et haut situées, c'est encore à l'exclusion bilatérale qu'il faut donner la préférence.

4° *Invagination chronique de l'intestin.* — Trois fois l'invagination chronique a été traitée par l'exclusion. Von Eiselberg, qui a longuement étudié la question, regarde l'exclusion comme supérieure à l'entéro-anastomose qui est insuffisante et peut se boucher si l'invagination continue à cheminer ; mais elle a l'inconvénient de laisser dans le ventre un boudin invaginé qui peut se rompre et causer une péritonite. En somme, ce n'est pas un procédé de choix, mais un procédé de nécessité.

5° *Oblitérations congénitales de l'intestin.* — Tuffier, se basant sur ce fait que le segment d'intestin situé en aval de l'oblitération est tellement atrophié que les matières ne pourront jamais y circuler, conseille de l'exclure définitivement, en implantant l'ampoule du grêle, soit, à la peau, soit si elle est suffisamment mobilisable, au rectum. C'est une indication exceptionnelle : car, d'ordinaire, les enfants que

l'on opère sont dans un tel état de faiblesse et d'athrepsie qu'ils sont incapables de subir une longue opération et que l'on doit se contenter d'une intervention de courte durée, telle que l'anus artificiel.

6° *Colites graves*. — Dans le cas de colites rebelles à tout traitement médical, on est intervenu par l'exclusion et on a obtenu des améliorations considérables, en mettant au repos le segment d'intestin malade. On a conseillé l'exclusion des côlons que l'on pratique, soit sous forme d'exclusion unilatérale, soit sous forme d'exclusion bilatérale.

A la Société de médecine de Berlin, en janvier 1903, l'exclusion momentanée de l'intestin a été préconisée comme traitement de l'entéro-colite muco-membraneuse. Le repos fonctionnel de l'intestin malade, aidé d'une médication appropriée, amènerait rapidement une amélioration notable, et il ne resterait plus qu'à traiter chirurgicalement l'anus contre-nature ainsi créé.

7° *Tuberculose cœcale*. — C'est surtout dans la tuberculose peu avancée et peu étendue du cœcum que les résultats de l'exclusion sont vraiment merveilleux. Sous l'influence du repos fonctionnel du segment d'intestin malade, la lésion, d'abord diffuse et sans limites précises, se réduit à des dimensions plus nettes, à une masse plus déterminée et même finit par disparaître. Von Eiselberg l'avait signalé depuis longtemps et Vautrin y insiste avec raison. « L'exclusion, en redonnant à l'organisme un regain

de force et de vigueur, en faisant cesser la stercorémie et la septicémie, en provoquant la décongestion de la lésion elle-même, y produit une amélioration sensible et même une guérison durable ».

III. — *Exclusion palliative.*

1^o *Tuberculose du gros intestin.* — Dans la tuberculose du cœcum et du côlon avec généralisation ganglionnaire ou accompagnée de lésions pulmonaires avancées, l'exclusion ne peut avoir qu'un rôle palliatif. Elle amène une amélioration momentanée de l'état général, une sédation des accidents inflammatoires locaux ; mais la tuberculose pulmonaire continue son évolution et emporte le malade.

Quelquefois cependant, quand les lésions pulmonaires ne sont pas trop prononcées ou quand elles subissent un temps d'arrêt, la lésion, n'étant plus irritée par le contact des matières intestinales, se décongestionne, diminue de volume ; l'inflammation qui existait à son niveau rétrocede et il peut devenir possible de pratiquer l'extirpation de la lésion.

2^o *Cancer de l'intestin.* — Terrier et Gosset ont formulé dans ce cas la règle en peu de mots : « On est autorisé à faire l'exclusion, toutes les fois que la résection est impossible ». Elle est supérieure à l'entéro-anastomose, car elle empêche la stagnation des matières dans un cul-de-sac.

L'exclusion de l'intestin pour néoplasme intestinal

est donc une opération palliative ; et, pour employer l'expression de Vautrin, ce n'est qu'un succédané bien inférieur de la résection, mais qui néanmoins a son utilité incontestable.

En effet, la résection est souvent impossible, soit par suite de l'extension considérable du néoplasme dont l'exérèse serait laborieuse et forcément incomplète, soit que des connexions résistantes et multiples avec les organes voisins nécessitent des délabrements trop étendus, soit qu'autour du néoplasme existent des adhérences contenant des abcès enkystés dont la rupture pourrait amener une péritonite mortelle, soit enfin que le malade soit trop affaibli pour supporter le choc de l'extirpation.

Dans ces cas, l'exclusion amène un soulagement momentané et une prolongation appréciable de l'existence. Elle rétablit le cours des matières, relève l'état général et même améliore l'état local.

Bien plus, Morestin rapporte une observation dans laquelle l'exclusion n'a été qu'une opération préliminaire, une sorte d'anus contre nature interne, mais plus normal, dérivant les matières, amenant un affaïssement du néoplasme, une atténuation des suintements sanieux, une diminution des hémorrhagies, et qui a permis plus tard l'extirpation de la tumeur.

D'après cette étude des indications, il résulte que l'exclusion donne de bons résultats pour toutes les lésions inflammatoires de l'intestin, les suppurations et les fistules.

La tuberculose est considérablement améliorée et on peut même en obtenir la guérison.

Moins heureux sont les résultats dans le cancer ; car la survie est de courte durée. Dans un cas seulement, elle a pu permettre dans la suite l'extirpation du néoplasme. Mais si elle n'est pas une opération curative, l'exclusion du moins amène une amélioration sensible de l'état du cancéreux, le met à l'abri des phénomènes d'occlusion et lui évite les désagréments de l'anus contre nature.

Procédés d'exclusion

Exclusion unilatérale	{	a) avec fermeture du bout sectionné (fig. I).	
		b) avec fermeture du bout sectionné : mais fistule antérieure à la peau ou fistule de sûreté (fig. II).	
		c) avec abouchement à la peau du bout sectionné (fig. III).	
Exclusion bilatérale	{	fermée {	a) en boudin (fig. IV).
			b) en anneau (fig. V).
	{	ouverte {	a) abouchement à la peau du bout proximal (fig. VI)
			b) abouchement du bout distal (fig. VII).
			c) abouchement des deux bouts (fig. VIII).
			d) fermeture des deux bouts et fistulisation (fig. IX).

Procédé du tout à l'intestin

méthode du professeur Monprofit.

Exclusion unilatérale avec double implantation colique (fig. X).

Procédé pour éviter la valvule iléo-cœcale (fig. XII).

Exclusion bilatérale avec fermeture du bout distal et double implantation colique (fig. XI).

Exclusion de l'intestin grêle	{	Drainage rectiligne (fig. XIII).	{	a) demi-anneau
		Drainage en anneau		(fig. XIV).
				b) anneau com- plet (fig. XV).

Fig. 1



Exclusion unilatérale avec
fermeture du bout sectionné.

Fig. 2



Exclusion unilatérale avec
fistules à la peau.

Fig. 3



Exclusion unilatérale avec aboutement
à la peau du bout sectionné.

Fig. 4



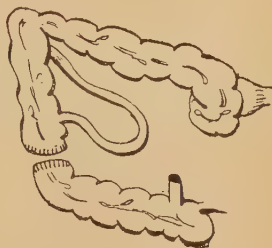
Exclusion bilatérale fermée
en boudin.

Fig. 5



Exclusion bilatérale fermée
en anneau.

Fig. 6



Exclusion bilatérale ouverte
bout proximal à la peau.

Fig. 7



Exclusion bilatérale ouverte
bout distal à la peau.

Fig. 8



Exclusion bilatérale ouverte
les deux bouts à la peau.

Fig. 9



Exclusion bitatérale ouverte
avec fistulisation.

Fig. 10



Exclusion unilatérale avec
double implantation colique.

Fig. 11



Exclusion bilatérale ouverte avec
double implantation colique.

Fig. 12



Procédé pour éviter la
valvule iléo-cœcale

Fig. 13



Exclusion de l'intestin grêle
Drainage rectiligne.

Fig. 14



Exclusion de l'intestin grêle
Drainage en demi-anneau.

Fig. 15



Exclusion de l'intestin grêle
Drainage en anneau complet.

CHAPITRE I

Etude des procédés d'exclusion.

Dans l'étude des divers procédés d'exclusion, nous suivrons l'ordre de complication des procédés qui est somme toute l'ordre chronologique, partant de l'entéro-anastomose de Maisonneuve pour aboutir aux exclusions bilatérales les plus compliquées.

I. *Entéro-anastomose*. — Pratiquée par Maisonneuve, en 1853, l'entéro-anastomose est le procédé d'exclusion le plus simple qui, dans certains cas, peut donner une dérivation suffisante des matières, mais qui le plus souvent ne suffit pas. C'est le point de départ et la raison d'être des nombreux procédés d'exclusion que nous allons étudier.

II. *Entéro-anastomose avec valvulation*. — L'entéro-anastomose n'empêchant pas toutes les matières de passer au-dessous d'elle, on a cherché à la modifier, à la perfectionner. Von Hacker, en 1889, essaie

de créer une valvule en pratiquant un pli transversal sur l'intestin. Le Dentu, au lieu d'un seul pli, en exécute plusieurs ; mais sans plus de succès. Chaput en 1892 et 1894, Mosety-Moorhof en 1897, Ricard en 1902, réussissent à obtenir la formation d'une valvule permanente. Helferich, Erving Pair et Nannotti arrivent à réaliser le plissement de l'intestin par des sutures à points séparés.

III. *Exclusion unilatérale.* — Mais l'entéro-anastomose, avec ou sans valvulation, ne suffit pas à empêcher le passage des matières. Aussi on a songé à remplacer le plissement par une section complète. On pratique une section au-dessus de la portion à exclure et l'on anastomose le bout supérieur dans une partie de l'intestin située au-dessous. Le bout inférieur est traité de diverses façons par les chirurgiens.

1° Il peut être fermé complètement. C'est l'exclusion unilatérale proprement dite, la plus couramment employée ;

2° Il peut être fermé ; mais ou bien il existe antérieurement une fistule pathologique, ou bien on crée une fistule de sûreté. C'est l'exclusion unilatérale fistuleuse ou avec fistulisation ;

3° Il peut être fixé à la peau et s'ouvrir à l'extérieur. C'est l'exclusion unilatérale avec abouchement à la peau ;

4° Enfin le professeur Monprofit, au lieu d'aboucher le bout inférieur à la peau, l'anastomose avec l'anse sigmoïde. C'est l'exclusion unilatérale avec abouchement sigmoïdien.

On a reproché à l'exclusion unilatérale d'être inefficace, de ne pas exclure. Obalinski d'abord, Terrier et Gosset ensuite, se sont élevés contre elle, prétendant que le reflux des matières est toujours possible.

Delore et Patel, au contraire s'en sont faits les ardents défenseurs ; et, après de nombreuses expériences, ils sont arrivés aux conclusions suivantes :

1° Sur l'intestin grêle, l'exclusion unilatérale n'exclut pas ;

2° Pour une lésion de la portion terminale de l'iléon l'exclusion unilatérale avec abouchement de l'iléon dans le côlon ascendant ou transverse est suffisante, car la valvule de Bauhin arrête les matières ;

3° Pour une lésion du gros intestin, l'exclusion unilatérale avec abouchement iléo-sigmoïdien met la lésion à l'abri du contact des matières.

Les deux premières propositions de Delore et Patel sont généralement admises ; la troisième est sujette à discussion. Il semble, en effet, résulter des études de Lance et de Drucbert, basées sur des observations de Jaboulay, Bérard, Nanotti et Hartmann, qu'au bout de quelque temps la portion rétro-anastomotique du gros intestin a perdu sa tonicité et laisse refluer les matières.

Il semble donc que l'exclusion unilatérale n'est pas toujours capable d'empêcher le reflux des matières dans le côlon et le cœcum et de mettre leurs parois à l'abri de ce contact nocif ; mais néanmoins l'inconvénient n'est pas tellement grand qu'il doive supprimer toute indication de ce procédé ; car le repos

fonctionnel de la portion malade amène une amélioration sensible en dépit de la stagnation probable ; et ce reflux n'est peut-être pas aussi désastreux que semble le croire Drucbert. Du reste, dans tous les cas d'exclusion unilatérale que nous avons eu l'occasion d'observer, nous n'en avons noté aucun inconvénient.

IV. — *Exclusion bilatérale.* — L'exclusion bilatérale est sans contredit le seul procédé qui mette d'une façon parfaite un segment d'intestin à l'abri du contact des matières. On fait deux sections de l'intestin, l'une au-dessus, l'autre au-dessous de la partie à exclure, et on rétablit la continuité de l'intestin par une entéro-anastomose.

On peut distinguer deux variétés d'exclusion bilatérale, selon que l'on ferme complètement ou non la partie exclue.

Dans l'exclusion bilatérale fermée, on peut, soit suturer isolément les deux bouts (exclusion en boudin), soit les suturer ensemble (exclusion en anneau).

Dans l'exclusion bilatérale ouverte, l'anse exclue reste en communication avec l'extérieur, soit que l'anse fermée soit primitivement fistuleuse ou qu'on pratique une fistule de sûreté, soit que l'on abouche à la peau son extrémité proximale ou son extrémité distale, soit que l'on fixe à la peau ses deux extrémités, soit enfin que l'on abouche dans l'S iliaque son extrémité proximale après avoir fermé l'autre.

Tous les chirurgiens sont actuellement unanimes à proscrire l'exclusion bilatérale fermée. Les succès de

Von Baracz et d'Obalinski ne peuvent contrebalancer les nombreux échecs dus à ce procédé; car les malades meurent de péritonite ou bien présentent des phénomènes inflammatoires qui obligent le chirurgien à pratiquer une nouvelle intervention et à transformer son exclusion bilatérale fermée en exclusion bilatérale ouverte. En effet, ce segment d'intestin parfaitement clos va former une cavité dans laquelle pullulent les microbes; il se distend, les sutures lâchent et des matières septiques s'épanchent dans l'abdomen. C'est pour employer une expression imagée de notre maître « une bombe dans l'intestin » qui sous l'influence de la moindre cause occasionnelle, pourra éclater et provoquer une péritonite mortelle:

L'exclusion bilatérale ouverte a l'avantage de ne pas laisser dans l'abdomen un vase clos pouvant un jour ou l'autre devenir dangereux. En Allemagne et en Autriche, elle jouit d'une grande faveur et on abouche à la peau les deux extrémités sous le nom de « exclusion de Hochenegg ».

Cette méthode a l'inconvénient de laisser une fistule cutanée; mais la sécrétion de cette fistule devient minime au bout de peu de temps. Du reste, on peut l'éviter par l'abouchement à l'S iliaque proposé par le Dr Monprofit..

Quelle est la valeur de chacun de ces procédés d'exclusion? L'exclusion bilatérale fermée et rejetée; il ne nous reste à examiner que l'exclusion bilatérale ouverte et l'exclusion unilatérale. Nous nous

rangerons à l'avis de Terrier et Gosset. L'exclusion unilatérale, excluant imparfaitement, sera à rejeter toutes les fois qu'il est absolument nécessaire d'éviter le passage dans l'intestin sain des produits secrétés par la lésion. Tel est le cas de la tuberculose. De même pour les fistules, l'exclusion bilatérale est préférable. Dans tous les autres cas, nous admettons l'emploi de l'exclusion unilatérale. Les deux grands reproches qu'on lui a adressé peuvent être discutés.

1° Elle crée un diverticule de l'intestin, selon Obalinski.

Cela est exact ; mais est-ce un si grand malheur ? Kammerer s'est trouvé fort bien de son emploi et nombre de chirurgiens sont de cet avis. On admet bien l'entéro-anastomose avec valvulation au-dessous, n'y a-t-il pas dans ce cas stagnation des matières dans le cul-de-sac ainsi formé et beaucoup plus encore que dans l'exclusion ? Du reste, l'objection n'a de valeur que dans le cas d'exclusion unilatérale fermée ; car quand le bout sectionné communique avec l'S iliaque, la stagnation ne peut plus se produire.

2° On lui a reproché de créer une fistule. Certes, c'est une infirmité. On peut l'éviter de deux façons, soit en fermant le bout sectionné ; mais alors on tombe sous le coup du reproche d'Obalinski, soit en abouchant le bout proximal dans l'S iliaque, ainsi que le fait notre maître, le Professeur Monprofit.

Voici en quels termes, au xvi^e Congrès de chirurgie, il indique ce procédé qu'il appelle *exclusion de*

l'intestin avec double implantation colique. Il lui donne encore les noms de *tout à l'intestin*, *exclusion drainée à l'intestin*. « Afin d'éviter la fermeture en cul-de-sac de l'extrémité inférieure de l'iléon ou sa fixation à la peau, j'implante cette extrémité dans l'anse sigmoïde, de façon que tous les produits de l'anse malade en amont du néoplasme puissent se déverser librement dans le gros intestin. J'implante bien entendu, comme à l'habitude, le bout iléal supérieur au-dessous du néoplasme, soit dans le côlon transverse, soit dans le côlon descendant. Selon le cas, les deux extrémités iléales sont donc abouchées à des niveaux différents dans le gros intestin et s'y déversent librement.

C'est donc ce qu'on peut appeler *le tout à l'intestin par la double implantation*.

Par ce procédé, on évite et la stagnation des matières dans un cul-de-sac, et les désagréments d'une fistule stercorale. La partie sus-jacente à la lésion se vide dans l'S iliaque, la partie sous-jacente se vide dans le côlon, et le drainage est parfait.

Ce procédé qui, *à priori*, semble avoir tous les avantages est cependant passible de quelques objections. Pour y répondre, nous examinerons deux cas d'exclusion pour lésions ayant des sièges différents.

1° *Lésion de l'intestin grêle.* — On sectionne l'intestin au-dessus de la portion à exclure; le bout proximal est anastomosé avec un segment d'intestin grêle situé au-dessous de l'obstacle, le bout distal est abouché dans l'S iliaque.

Il y a lieu de distinguer diverses variétés d'implantation de ce bout distal.

A. — *Drainage intestinal rectiligne.* — On sectionne l'intestin grêle d'aval entre la tumeur et le cœcum et on ferme les deux bouts d'iléon sectionné en ce point. Le bout supérieur de la section d'amont est anastomosé avec le côlon ascendant ou transverse. Le bout inférieur qui servira à établir le tout à l'intestin est implanté dans l'S iliaque.

B. — *Drainage intestinal en anneau.* — Le professeur Monprofit le divise en deux sous-variétés, selon que l'anneau est ou non complet.

a) *Demi-anneau.* — On ne ferme pas le bout supérieur de la section d'aval, mais on l'implante dans l'S iliaque de façon à obtenir un double drainage à l'intestin. On a ainsi une exclusion totale, bilatérale, en demi-anneau, avec cependant anneau ouvert dans l'anse sigmoïde.

b) *Anneau complet.* — Au lieu d'implanter le bout supérieur d'aval dans l'S iliaque, on l'abouche sur l'anse de drainage. On a ainsi une exclusion en anneau complet. L'anneau est tout entier sur l'intestin grêle, avec une soupape de sûreté sur l'anse sigmoïde.

Dans tous ces procédés qui ne sont que des variantes d'un même type d'exclusion drainée à l'intestin, la circulation des matières se fait bien ; la portion sous-jacente à la lésion se videra dans l'intestin situé en aval ; quant aux sécrétions qui s'accumulent en amont de la lésion, elles s'écouleront dans le rectum.

Mais, a-t-on dit, elles auront à lutter contre le péristaltisme. Ce péristaltisme est-il vraiment un obstacle. Il nous semble que non. Les arguments de Drucbert, basés sur des expériences, ont montré que le péristaltisme était rapidement vaincu, quand il a prouvé que l'exclusion unilatérale n'excluait pas et qu'il y avait reflux des matières. Cet argument contre l'exclusion unilatérale va nous servir ; car, si dans un cas, le péristaltisme est vaincu au bout de peu de temps, on est obligé d'admettre qu'il l'est également dans l'autre. Si, comme l'ont montré Delore et Patel, l'exclusion sur l'intestin grêle n'exclut pas, l'objection du péristaltisme n'a par suite pas de valeur. Nous pouvons donc conclure que pour une lésion de l'intestin grêle, le procédé que nous décrivons a bien sa raison d'être et qu'il est logique de l'employer.

2° *Lésion du cæcum et du côlon ascendant.* — On sectionne l'iléon en amont de l'obstacle, on abouche le bout proximal dans le côlon transverse et le bout distal dans l'S iliaque. On évite ainsi la fistule à la peau. De plus, la stagnation des matières ne peut exister que si l'obstacle est excessivement serré. Contre ce procédé, on a encore invoqué le péristaltisme ; mais les arguments que nous donnions à propos de l'intestin grêle conservent toute leur valeur.

Une objection plus sérieuse est tirée de la présence de la valvule iléo-cæcale qui, dit-on, va s'opposer au passage des sécrétions de la lésion. En effet, on redoutait cette valvule à tel point que certains

chirurgiens, von Hacker et Nicoladoni, prenaient la précaution de la détruire par le fer rouge ou de la dilater avec une sonde. Si cette valvule est un obstacle si sérieux, on peut lui appliquer le traitement de Nicoladoni ; mais nous ne croyons pas que cela soit nécessaire. Les observations que nous rapportons et dans lesquelles cette précaution n'a pas été prise ne montrent aucun accident consécutif.

On reconnaît actuellement que la valvule de Bauhin est très souvent insuffisante pour empêcher le reflux des matières liquides et des gaz. De nombreuses expériences pratiquées par les anatomistes l'ont démontré. Selon Debierre, la valvule n'est infranchissable que si les deux valvessont égales ou si l'inférieure est la plus longue ; elle est insuffisante quand la lèvre inférieure est inscrite dans un cercle plus petit que la lèvre supérieure. En effet, dans ce cas, la colonne liquide injectée dans le cœcum, venant à buter dans le cul-de-sac cœcal, là où est le maximum de pression, refoule la lèvre supérieure, franchit la valve inférieure et pénètre entre les deux lèvres.

C'est cette disposition qui est la plus fréquente ; c'est la forme ordinaire et normale de la valvule iléo-cœcale.

Nous avons pratiqué quelques expériences sur la valvule de Bauhin. Sur nos 10 expériences, 9 fois nous avons réussi à franchir la valvule en injectant du liquide par le côlon ascendant avec une pression suffisante. Dans un cas seulement, nous n'avons pu

Le champ opératoire est limité à l'aide de compresses de toile stérilisées.

L'opérateur se place à droite du malade, ayant à sa droite un plateau contenant tous les instruments qu'il prend lui-même. En face de lui se place son aide qui a sous sa main les compresses, les fils et les aiguilles.

1^{er} Temps. Incision de la paroi. — Le siège de l'incision a donné lieu à de nombreuses discussions. Hartmann, dans son rapport au XVI^e Congrès de chirurgie, dit que l'incision doit être faite à distance de la lésion. On se met ainsi à l'abri d'une série d'accidents tels que l'ouverture du cœcum adhérent, l'impossibilité pour le chirurgien de s'orienter au milieu des anses intestinales fusionnées entre elles et avec la paroi ; et, en cas de fistule pyo-stercorale, on évite la contamination de la plaie pendant ou après l'opération.

Le professeur Monprofit croit qu'il y a lieu d'envisager deux ordres de faits, et Doyen se range à son avis.

1^o Les fistules intestinales, les tuberculeuses, les tumeurs manifestement inenlevables. Dans ce cas, le mieux est d'inciser sur la ligne médiane ou même du côté opposé afin de faire d'emblée l'exclusion dans les meilleures conditions d'asepsie, sans aucunement ouvrir la tumeur.

2^o Les néoplasmes dont l'ablation peut être douteuse. — Dans ces cas, il faut, bien entendu, inciser

sur la tumeur, pour voir si l'ablation est ou non possible.

Si l'ablation, après exploration soigneuse et prudente, est jugée impossible ou dangereuse, on referme la plaie, on fait une seconde incision, médiane cette fois, ou même latérale opposée, loin du siège du mal et on pratique l'exclusion.

L'incision exploratrice, l'exploration, la suture demandent à peine dix minutes et on a tout le temps de faire ensuite l'exclusion qui est une intervention en somme assez brève. Le tout peut être fait facilement en moins d'une heure.

On incise au bistouri la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et le plan musculo-aponévrotique. Dès que le chirurgien aperçoit en un point la graisse sous-péritonéale, il l'attire à l'extérieur avec la pince à disséquer, il la sectionne et ouvre le péritoine. La boutonnière péritonéale est repérée de chaque côté à l'aide de deux pinces fines à griffes. Puis l'opérateur introduit son index gauche par cet orifice ; et, sur cet index servant de guide, il termine aux ciseaux l'incision de la paroi, en sectionnant d'abord la partie inférieure, puis la partie supérieure.

2^e Temps. — *Exploration de la région.* — Faisant écarter les lèvres de l'incision, le chirurgien se rend d'abord compte par la vue de l'état des organes : puis il introduit la main pour les amener à l'extérieur, afin de s'assurer de l'étendue et des connexions de la lésion.

Selon le résultat de cette exploration, il se décide,

en connaissance de cause, s'il doit faire une résection ou simplement s'en tenir à l'exclusion.

3^e Temps. — *Recherche et section du jéjuno-iléon.* — Remontant à partir du cœcum, l'opérateur suit le trajet de l'iléon et en attire environ 30 centimètres. A l'aide de deux pinces courbes il délimite sur son trajet un intervalle d'environ 5 centimètres sur lequel portera la section transversale. Ceci fait, il l'entoure de compresses aseptiques ; puis, à l'aide des ciseaux, pratique la section transversale entre les deux pinces.

Pendant ce temps, l'aide éponge soigneusement les deux bouts sectionnés, veillant à ce que le contenu intestinal ne vienne pas souiller le champ opératoire. Une petite incision est également pratiquée sur le mésentère et l'hémostase des artérioles sectionnées est d'une importance capitale. Les deux extrémités sont alors enveloppées dans des compresses aseptiques.

4^e Temps. — *Anastomose iléo-colique.* — Le chirurgien recherche alors le côlon transverse qu'il aperçoit en relevant le grand épiploon. Il l'attire avec les doigts, puis, à l'aide d'une grande pince courbe, il isole une portion d'anse intestinale, de façon à bien faire saillir une bandelette.

Remarquons à ce sujet que le professeur Monprofit n'isole pas complètement un segment de côlon à l'aide de deux pinces ; mais seulement une portion de segment, en faisant porter la coprostase dans une direction parallèle au trajet du côlon. Le côlon

étant bien entouré de compresses, le chirurgien approche de la portion de côlon ainsi isolée le bout supérieur de l'iléon sectionné. Puis, sur la bandelette inférieure du côlon, il pratique au bistouri une incision d'environ 5 centimètres, intéressant seulement la couche séro-musculaire et respectant la muqueuse.

A ce moment, quelques artérioles peuvent donner une légère hémorrhagie qu'une ligature arrête facilement. Souvent même, il est inutile de s'en préoccuper ; la suture se charge de faire l'hémostase.

Réclinant en dehors à l'aide de deux fines pinces à griffes la muqueuse de l'iléon, le chirurgien prend une aiguille de couturière munie d'un fil de lin très fin, long de 50 centimètres, et place un premier point à l'extrémité droite de la ligne suivant laquelle les organes sont juxtaposés. La séreuse et la musculuse sont prises en même temps de façon à obtenir plus de solidité.

Par de légères tractions sur le fil qui réunit déjà l'intestin grêle au côlon, le chirurgien facilite son travail, en faisant saillir devant son aiguille les surfaces cruentées des deux séreuses qu'il est facile de réunir d'un seul coup d'aiguille. Il fait ainsi un surjet d'une longueur de 4 à 5 centimètres, et, pour plus de sûreté, l'arrête deux ou trois fois sur son parcours. Après que le surjet a été noué, il reste aux deux extrémités de la suture un bout de fil long de 10 centimètres. L'opérateur fait alors au bistouri une boutonnière dans la muqueuse qui vient faire saillie entre les deux lèvres séro-musculaires et agrandit

l'incision à l'aide des petits ciseaux fins. Pendant ce temps, l'aide éponge soigneusement la plaie ; il ne s'écoule presque rien, car les pinces élastiques font une coprostase presque parfaite.

Le deuxième surjet postérieur muco-muqueux est alors pratiqué. Le premier point est le plus difficile à fixer ; mais, une fois qu'il est placé, il suffit d'exercer une légère traction sur le fil pour que les deux muqueuses viennent se juxtaposer et se présenter d'elles-mêmes à l'aiguille. Il est noué à son extrémité.

Il s'agit maintenant de reconstituer la paroi antérieure. Le chirurgien pratique un surjet pénétrant total antérieur comprenant toutes les tuniques. On a ainsi une prise plus solide et on fait par cela même l'hémostase. Le surjet terminé, on noue ses deux extrémités avec les fils du surjet muco-muqueux postérieur. Dès cet instant, la continuité de l'intestin est rétablie et la bouche anastomotique fermée.

Le chirurgien fait pour finir une seconde suture antérieure séro-musculaire, ce qui est beaucoup plus facile et moins minutieux. Le surjet enfouit complètement le précédent, ses deux extrémités sont nouées à celles du surjet séro-musculaire postérieur.

On enlève alors les deux pinces qui isolaient les segments d'intestin ; et l'on peut voir ces deux segments se gonfler, preuve que le passage des gaz et des matières est rétabli. Si une artériole donne du sang, il est facile d'en faire la ligature ou d'appliquer un point séparé qui en réalise l'obturation.

Ceci fait, il ne reste plus qu'à s'occuper du bout distal.

5^e Temps. — *Anastomose iléo-sigmoïdienne.* — L'S iliaque est amené dans la plaie. A l'aide d'une pince courbe, le chirurgien l'isole sur une zone d'environ dix centimètres, comme il a été fait pour le côlon. Il l'entoure de compresses aseptiques, puis pratique avec le bistouri une incision longue de cinq centimètres, au niveau d'une bandelette. Il approche ensuite le bout distal de l'iléon et procède à l'entéro-anastomose.

a) Surjet séro-musculaire postérieur au fil de lin avec points d'arrêt de temps en temps ;

b) Ouverture de l'S iliaque ;

c) Surjet muco-muqueux postérieur ;

d) Surjet pénétrant total antérieur ;

e) Surjet séro-musculaire antérieur enfouissant le précédent.

L'aide enlève les pinces à mors élastiques ; le chirurgien noue ensemble les extrémités des surjets antérieur et postérieur. Puis, à l'aide des petites pinces à griffes placées sur le péritoine, il soulève les lèvres de l'incision abdominale et le paquet intestinal rentre seul dans le ventre.

6^e Temps. — *Suture de la paroi abdominale.* — Après avoir fait la toilette du péritoine, le chirurgien jette un dernier coup d'œil sur ses sutures, vérifie son hémostase et procède à la suture de la paroi. Le professeur Monprofit fait la suture en masse, soit à l'aide de gros fils, soit avec des crins de Florence.

Si l'affrontement est imparfait en quelques points, il l'achève par des points superficiels au fil. La suture terminée, la plaie est lavée avec la solution d'oxycyanure et recouverte de compresses de gaze aseptique, puis d'une couche d'ouate hydrophile. Le pansement est maintenu par un bandage de flanelle.

Nous n'avons pas parlé du bouton de Murphy, car nous avons toujours vu le Professeur Monprofit employer les sutures à l'exclusion du bouton. Du reste, si quelques chirurgiens admettent encore l'emploi du bouton dans les opérations sur l'intestin grêle, il n'en est pas de même pour le gros intestin où l'on est presque unanime à le proscrire. Là, en effet, les matières ont acquis trop de consistance, le bouton serait oblitéré facilement et le cours des matières serait interrompu.

SUITES OPÉRATOIRES

Les soins consécutifs sont des plus simples.

A son réveil, le malade est souvent un peu affaibli; on le remonte par des injections sous-cutanées de sérum artificiel.

Quelquefois on note des vomissements; mais ils semblent dus au chloroforme et ne persistent que le jour qui suit l'opération. Dès qu'ils n'ont plus de nausées, les malades peuvent boire et manger.

Le soir de l'opération, on leur donne du vin blanc et le lendemain un menu plus complexe, lait, bouillon, potage. Les jours suivants, on les met à l'alimentation solide (cervelle, œufs) et rapidement, au bout de 4 ou 5 jours, ils sont au régime commun et même sont doués d'un excellent appétit.

On leur permet de se remuer dans leur lit, de s'asseoir sur leur séant, dans le but d'éviter le décubitus horizontal prolongé, ce grand facteur des complications pulmonaires.

A moins d'élévation de température, le pansement n'est défait qu'au bout de 8 ou 10 jours. A ce moment on enlève les fils et on applique un nouveau pansement que le malade garde jusqu'à son départ.

Le soir ou le lendemain de l'opération, le malade commence à rendre des gaz. Si le ventre présente du ballonnement, on administre un lavement simple qui est suivi d'une évacuation alvine et cause au malade un grand soulagement. Si le lavement simple ne suffit pas, on a recours à un lavement purgatif ou à une cuillerée d'huile de ricin qui rétablit la « liberté du ventre ».

Mais il est assez rare qu'il soit nécessaire d'en arriver là, car la plupart de nos opérés ont eu à la suite de l'intervention, des selles diarrhéiques, ce qui peut être viendrait à l'appui des conclusions de Delore et Patel, contrairement à l'opinion de Lance et de Drucbert.

RÉSULTATS

Nous avons à considérer les résultats immédiats et les résultats éloignés. Le petit nombre de nos observations ne nous permet pas d'établir une statistique ; mais nous voulons cependant apporter notre avis aux statistiques des auteurs.

Résultats immédiats. — La mortalité opératoire est de 15,38 pour 100 dans les 52 cas rapportés par Terrier et Gosset.

Lance, dans sa thèse, réunit 146 cas avec 20 morts, soit 13,80 pour 100. Sur nos 10 cas, nous ne relatons aucun décès ; soit une mortalité opératoire réduite à néant.

L'exclusion donne immédiatement, dans les jours qui suivent l'opération, des résultats excellents. Les phénomènes d'obstruction cessent ; si les vomissements existaient, ils disparaissent ; la constipation est remplacée par des selles faciles, quelquefois diarrhéiques.

Plus de douleur ; à la sensation de pesanteur, de tension, due au ballonnement du ventre succède un bien-être parfait qui cause la joie du malade. De plus, l'appétit qui avait disparu depuis longtemps

revient ; et, en même temps, les forces. Le malade qui présentait un aspect amaigri, cachectique, reprend vite de l'embonpoint. Il engraisse rapidement et nous nous rappelons un de nos opérés qui mangeait deux beefsteaks à son déjeuner, chose qu'il n'avait pu faire depuis des années. Aussi avec un tel régime de suralimentation, les opérés augmentent rapidement de poids : une et deux livres par jour.

Suppression des douleurs, cessation des phénomènes d'obstruction, amélioration de l'état local et de l'état général, tels sont les résultats immédiats de l'exclusion.

Résultats éloignés. — Moins satisfaisants sont les résultats éloignés. En effet, l'exclusion laisse persister la lésion ; et c'est la raison du peu d'enthousiasme et des hésitations qu'elle a inspirés.

Cependant on peut constater que, dans le cas de cancer, elle a amené une survie d'environ six mois et demi en moyenne, selon les auteurs.

Les malades, considérablement améliorés, ne souffrant plus, délivrés de la constipation et des vomissements, ont pu terminer leur vie dans le calme, sans avoir les désagréments de l'anus contre-nature. Bien plus, dans un cas, elle a permis la résection consécutive du cancer.

C'est dans la tuberculose et les lésions inflammatoires de l'intestin qu'elle a donné les meilleurs résultats et amené la guérison.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Le nommé P., âgé de 46 ans, cultivateur, d'une bonne santé habituelle, est pris brusquement, le 7 janvier 1900, d'accidents d'occlusion intestinale. Il entre à la clinique chirurgicale. Il présentait à ce moment des vomissements continuels, un ballonnement prononcé de l'abdomen, et une absence complète d'émission de matières et de gaz par l'anüs.

Première opération. — 7 juillet 1900. Laparotomie médiane sous-ombilicale ; à l'ouverture de l'abdomen, écoulement d'un peu de liquide ascitique. Les anses intestinales sont rouges, distendues, adhérentes entre elles et à la paroi. Après quelques recherches prudentes, ne trouvant aucune bride, aucun obstacle manifeste, et craignant, pendant ces manœuvres, de rompre l'intestin, on se décide à pratiquer une fistule stercorale, d'un centimètre à peine de diamètre, à moitié distance de l'ombilic et du pubis.

Suites. — Un écoulement de matières très abondant s'établit aussitôt par la fistule, les vomissements disparurent ainsi que le ballonnement et en quelques jours se produisit une amélioration considérable de l'état local et de la santé générale.

Au bout de huit jours, le malade commença à émettre

quelque gaz par l'anus et une petite quantité de matières liquides.

L'état général étant devenu excellent, la fistule fonctionnant bien, le malade quitta l'hôpital le 21 août.

Il revint à l'Hôtel-Dieu le 20 novembre, demandant l'occlusion de sa fistule qui ne présente que 5 ou 6 millimètres. Les selles sont redevenues assez fréquentes par l'anus.

Deuxième opération. — 21 novembre 1900. — Avivement et suture de la fistule. Dès le lendemain les accidents d'occlusion reparaissent ; il est évident que le cours des matières ne peut encore se faire complètement vers l'anus. La fistule recommence à donner beaucoup de liquide et les vomissements disparaissent aussitôt.

Il faut donc songer à une autre intervention rétablissant le cours normal des matières, et on se décide à établir une anastomose entre l'anse située au-dessus de la fistule et la partie terminale de l'iléon.

Troisième opération. — 9 février 1901. — Laparatomie latérale ; incision sur le bord externe du muscle droit du côté droit. A l'ouverture du ventre, on trouve le même gâteau d'anses intestinales agglomérées comme on l'avait trouvé à la première intervention ; ces anses réunies par des fausses membranes sont aujourd'hui décongestionnées et comme atrophiées. On cherche l'anse fixée lors de la première intervention et, l'attirant de façon à trouver un point placé en amont de la fistule, on l'anastomose latéralement avec la portion terminale de l'iléon, près du cœcum.

Suites. — Après cette intervention dont les suites opératoires furent très simples, les selles devinrent plus abondantes par l'anus ; mais il fut cependant encore impossible d'occlure

fistule, la fermeture hermétique amenant toujours des accidents.

Il fallait donc en venir à une anastomose sur un point plus élevé du tube intestinal pour s'éloigner davantage du siège de la fistule.

Quatrième opération, 8 juin 1901. — Incision commençant au-dessus de l'ombilic, contournant la fistule à droite et à gauche et descendant jusqu'au pubis. L'abdomen est ouvert et la fistule complètement détachée par l'incision ovale qui la circonscrit. On la ferme avec des pinces et on l'enveloppe de compresses aseptiques, en dehors du ventre. On examine alors les anses intestinales, qui sont blanchâtres, affaissées, et agglutinées par des adhérences en un énorme paquet, gros comme une tête d'adulte, qui doit bien comprendre les deux tiers de l'intestin grêle.

On recherche le jéjunum qui est libre et parfaitement sain et on le saisit au moment où il pénètre dans la masse des anses adhérentes ; la longueur d'intestin libre en amont de cette adhérence est d'environ 1 m. 50.

On attire cette anse au contact de la partie moyenne du côlon ascendant et on pratique une jéjuno-colostomie (suture comme à l'habitude avec le fil fin et l'aiguille droite) quatre surjets : deux séro-musculaire et deux muqueux.

L'anastomose terminée, on sectionne complètement la fistule d'un coup de ciseaux, faisant ainsi une plaie circulaire grande comme une pièce de 50 centimes. Elle est fermée par un surjet sérieux. Fermeture de l'abdomen par une suture en masse avec de gros fils.

Suites. — Le malade supporta bien l'intervention et dès le quatrième jour, une selle abondante se produisit par l'anus,

puis l'évacuation des matières se régularisa peu à peu et la santé se rétablit d'une façon parfaite. Les selles qui furent d'abord molles, redevinrent bientôt normales et l'alimentation put se faire comme d'habitude.

Le malade sortit de l'hôpital le 27 juin complètement guéri. Depuis, il a repris son embonpoint habituel ; il travaille comme avant ses premiers accidents et s'alimente parfaitement ; ses fonctions intestinales sont redevenues absolument normales.

OBSERVATION II

Exclusion unilatérale des côlons transverse et ascendant après résection tumeur du côlon descendant (in thèse de Lance).

Mme R..., 52 ans, s'est aperçue au mois d'avril 1902 de la présence d'une tumeur dans le flanc gauche.

Quelques semaines après, survenaient des troubles digestifs caractérisés par des douleurs abdominales très vives au moment de l'ingestion des aliments, de la diarrhée, de la perte de l'appétit. Disparition de l'appétit, amaigrissement de 9 kilogrammes en 5 mois. Pas de vomissements. Au mois de septembre, elle consulte un médecin qui fait le diagnostic de tumeur de l'intestin et l'envoie au professeur Monprofit à Angers.

Opération le 31 octobre 1902. — Anesthésie au chloroforme. Incision verticale latérale, en dehors du droit sur la tumeur. L'abdomen ouvert, on constate que la tumeur siège sur la partie moyenne du côlon descendant, qu'elle présente le volume du poing et qu'elle peut être enlevée. L'épiploon est très adhé-

rent à la tumeur et a abaissé le côlon transverse, le rapprochant du néoplasme ; on sent dans l'épaisseur de l'épiploon quelques ganglions infiltrés. On commence par réséquer l'épiploon dans ses parties saines et on en fait l'hémostase. On procède ensuite à l'ablation du néoplasme.

Deux pinces élastiques sont placées à cinq centimètres de la tumeur. Le bout inférieur est enveloppé dans une compresse aseptique et rejeté sur le côté de l'abdomen. Section du mésocôlon dans la zone correspondant à la tumeur. Hémostase. Application de deux pinces en amont de la tumeur et section de l'intestin à un bon travers de main au-dessus du néoplasme. Fermeture des deux orifices par un double surjet. La continuité de l'intestin est rétablie de la façon suivante : la partie inférieure du côlon descendant est anastomosée sur une longueur de 5 centimètres avec le côlon ascendant par une suture latérale à quatre plans.

On a donc exclu la partie supérieure du côlon ascendant et le côlon transverse. Toilette de l'abdomen. Surjet de fil fin sur le péritoine. Suture des parois musculaires et cutanées au crin de Florence.

La tumeur présente à l'intérieur des ulcérations profondes et la paroi intestinale est très amincie en quelques points.

Examen histologique. — Epithélioma cylindrique.

Les suites opératoires furent normales et la convalescence simple et rapide. Les douleurs disparurent, l'appétit revint et les selles se firent normalement. Au bout de 4 semaines, lorsque la malade rentra chez elle, elle avait engraisé de 4 kilog. 1/2. Depuis les nouvelles sont excellentes. Cette malade a eu une récurrence de son néoplasme environ un an après la première intervention. Une tumeur volumineuse s'est produite dans le flanc

gauche ; elle a recommencé à maigrir, à s'affaiblir et a finalement succombé à la cachexie cancéreuse ; mais sans jamais présenter de phénomènes d'occlusion.

OBSERVATION III

Exclusion unilatérale de la fin de l'iléon, du cæcum et du côlon ascendant pour néoplasme du foie propagé à l'angle du côlon ascendant (in thèse de Lance).

Rosalie L..., 57 ans, six enfants, pas de maladies antérieures, sauf gastralgies fréquentes. Depuis trois mois, la malade a été prise de violentes coliques avec constipation opiniâtre ; elle est restée parfois dix ou douze jours sans aller à la selle, avec vomissements abondants. Depuis quatre semaines, douleurs plus vives, coliques violentes, constipation absolue. Entrée dans le service du professeur Monprofit le 5 mars 1903, la malade est très amaigrie ; elle souffre beaucoup dans le côté droit du ventre. Elle éprouve des douleurs sourdes, profondes et continues, avec exacerbation surtout le soir. Elle ressent à ce moment de véritables crises de coliques, toujours dans le même côté. Ces douleurs sont un peu calmées par le repos et le régime lacté. La constipation est absolue ; la malade n'émet ni gaz, ni matières et elle vomit tout ce qu'elle cherche à ingérer. Quinze jours avant d'entrer à l'hôpital, elle a eu en même temps du méloena et une hématurie assez abondante. L'amaigrisse-

ment a fait beaucoup de progrès depuis quatre semaines. Les vomissements ont un peu diminué de fréquence.

Examen de l'abdomen. — La palpation de l'abdomen est très douloureuse et fait reconnaître dans le flanc droit une tumeur allongée, du volume du poing, dure, résistante, légèrement mobile d'avant en arrière présentant de la submatité à la percussion profonde. On fait le diagnostic de néoplasme intestinal déterminant de l'occlusion.

On pense qu'il sera probablement impossible d'enlever ce néoplasme, mais qu'on pourra améliorer l'état de la malade par une opération palliative, comme l'entéro-anastomosé.

Intervention le 17 mars 1903. — Chloroforme. Lavage savon, alcool, oxycyanure. Sous le chloroforme, on constate nettement la présence d'une grosse tumeur saillante, allongée, allant de l'épine iliaque antéro-supérieure droite jusque sous les côtes droites.

Incision médiane de 10 centimètres, au-dessus et au-dessous de l'ombilic. A l'exploration, on constate un cancer du foie propagé à l'angle des côlons ascendant et transverse et probablement du rein. Il n'y a pas à songer à une ablation de la tumeur; on décide de faire l'exclusion de la partie d'intestin malade. Le côlon transverse est aplati, le cœcum très distendu. On amène dans la plaie : 1° la partie terminale de l'iléon; 2° la partie moyenne du côlon transverse.

Premier temps. — Section transversale de l'iléon entre deux pinces, section du mésentère, hémostase du mésentère.

Deuxième temps. — Fermeture du bout cœcal de l'iléon; deux surjets; muco-muqueux, séro-séreux.

Troisième temps. — On rapproche le bout iléal supérieur du côlon transverse, on isole avec une pince courbe une zone de

5 centimètres de longueur, sur le bord inférieur du côlon transverse et on fait dans cette zone complètement isolée par la pince l'implantation du bout supérieur de l'iléon.

a) Incision longitudinale de 4 centimètres de la tunique séro-musculaire du côlon.

b) Premier surjet séro-musculaire postérieur.

c) Deuxième surjet muco-muqueux postérieur.

d) Troisième surjet total antérieur.

e) Quatrième surjet séro-musculaire antérieur.

L'implantation est ainsi terminée. Le cœcum-côlon ascendant ne reçoit plus de matières fécales, le bout iléal inférieur est fermé. Toilette de la cavité abdominale. Suture de la paroi ; fil fort, suture en masse, pansement.

Suites opératoires. — Les suites opératoires furent des plus simples. Le fonctionnement du tube digestif se rétablit peu à peu. Les vomissements et les coliques disparurent et les selles reprirent leur cours normal au bout du troisième jour. La malade se déclarait très soulagée ; mais elle était d'une grande faiblesse, ce qui n'a rien d'étonnant avec les lésions constatées. Les jours suivants, apparut de l'ictère, ce qui fit craindre une activité plus grande de la part du néoplasme hépatique. Le premier pansement est fait le 27 mars ; la plaie est réunie ; les fils sont enlevés. La malade demande à rentrer chez elle le 28 mars, dix jours après l'intervention. Depuis les phénomènes d'occlusion ont complètement disparu ; le cancer hépatique continue son évolution.

OBSERVATION IV

Exclusion unilatérale ouverte avec double implantation iléo-colique pour tuberculose cæcale.

Julien J..., 27 ans, carrier, entre à l'hôpital le 31 mars 1903.

Antécédents. — Pleurésie au régiment, dure deux mois. Il y a 3 ans, coliques saturnines. Il y a deux mois, le malade ressent des douleurs bien localisées dans le flanc droit, vers le point de Mac Burney. Il continue néanmoins son travail.

Il y a un mois, le malade s'alite pendant quinze jours. Il perd l'appétit et maigrit de 15 kilos. Il éprouve dès lors des alternatives de diarrhée et de constipation d'environ cinq jours pour chaque état. Jamais de vomissements.

Etat actuel. — Etat général assez bon.

Légère saillie du flanc droit appréciable à jour frisant. La palpation décèle en ce point l'existence d'une tumeur dure, bosselée, immobile sur les plans profonds ; cette tumeur, de la grosseur du poing, plonge dans la fosse iliaque droite. En haut, elle s'arrête à peu près à la hauteur de l'ombilic.

Elle présente deux saillies principales : l'une immédiatement au-dessus de l'arcade crurale ; l'autre correspondant à la région ombilicale. Les deux saillies sont séparées par une dépression assez nette.

Opération le 1^{er} avril 1903. — Chloroforme. Lavage au sa-

von, alcool, sublimé. On constate que la tuméfaction est ferme, dure, squirrheuse, et s'étend de la ligne médiane, jusqu'à la ligne spino-ombilicale. Incision sur la ligne médiane, de l'ombilic à la symphyse.

Ouverture du péritoine. On recherche la terminaison de l'iléon et on arrive à une anse intestinale adhérente. On attire cette anse intestinale paraissant être la terminaison de l'iléon.

Recherche du côlon transverse qu'on attire hors de la plaie.

On saisit le bord inférieur avec une pince courbe. On cherche un endroit où se trouve une arcade vasculaire assez grande et sur l'intestin grêle on isole à l'aide de deux pinces un espace de 2 centimètres.

On sectionne complètement l'intestin, puis le mésentère, sur une longueur de 5 centimètres. Ligature des vaisseaux mésentériques.

On approche la section du bout supérieur de l'iléon du côlon transverse. On incise la séro-musculaire et on fait un premier surjet séro-musculaire postérieur. Incision de la muqueuse. Deuxième surjet muco-muqueux postérieur ; troisième surjet muco-muqueux antérieur ; quatrième surjet séro-musculaire antérieur.

Recherche du côlon descendant. On attire l'S iliaque dans la plaie. On isole sur son bord convexe une zone de 5 centimètres à l'aide de deux pinces courbes. On fait une incision à la musculieuse.

On approche le bout iléo-cœcal et on le suture par un premier surjet séro-musculaire postérieur. Incision de la muqueuse ; deuxième surjet muco-muqueux postérieur ; troisième surjet muco-muqueux antérieur ; quatrième surjet séro-musculaire antérieur. A chaque extrémité, on fait la ligature

des surjets antérieur et postérieur. Hémostase. Suture en masse de la paroi au crin de Florence.

Suites opératoires. — 1^{er} avril 1903. — Le malade se trouve un peu fatigué du chloroforme. Durant cette première journée, il a quelques vomissements. Les douleurs du ventre sont assez vives. On lui fait prendre un peu de citronnelle avec de la glace, vers le soir. Le pouls est bon. L'état général paraît satisfaisant.

2 avril. — Le malade a peu vomi pendant la nuit. La douleur seule l'a empêché de reposer ; au matin, il se trouve mieux et peut prendre un peu de boisson par petites quantités. Dans le courant de la journée, il ne vomit plus, mais demeure constipé.

Le soir, on lui donne un lavement qui fait échapper quelques gaz.

3 avril. — Le malade commence à prendre un peu de lait. Le matin il a une selle et les douleurs du ventre ont beaucoup diminué. Plus de vomissements. Il prend dans la journée 1/2 litre de lait, un peu de café, de la citronnelle.

4 avril. — La situation est excellente. Le malade commence à reposer paisiblement. Il prend davantage de lait, est moins somnolent et souffre moins. Le soir, selle à la suite d'un lavement.

5 avril. — Le malade s'alimente avec des bouillies très légères, un peu de bouillon. Son état est excellent.

Le 12 avril, on enlève les fils. La plaie est en parfait état. Plus de vomissements. Durant les jours précédents, on a peu à peu augmenté la quantité d'aliments donnés au malade. Au sixième jour, on lui permet le riz ; mais il ne prend encore ni

viande, ni légumes. Il a peu d'appétit et ne va à la selle qu'à l'aide de lavements.

Bien que le ventre soit encore fort sensible à la pression, les douleurs spontanées ont complètement disparu.

Les 21 et 22 avril, nouveaux pansements, tout va bien.

Le malade sort le 22.

On remarque au moment de son départ que la tumeur du flanc a diminué de volume.

Les renseignements obtenus depuis confirment le diagnostic de tuberculose cœcale.

OBSERVATION V

Exclusion unilatérale avec double implantation colique pour cancer du cœcum et du côlon ascendant.

Le nommé G..., âgé de 69 ans, entre à la clinique chirurgicale le 12 juin 1903.

Antécédents héréditaires. — Père mort de paralysie à 72 ans.

Mère morte d'affection abdominale à 66 ans.

Antécédents personnels. — Fièvre muqueuse vers l'âge de 19 ans.

Il y a environ dix ans, le malade avait dans la région frontale gauche un épithélioma du volume d'un œuf qui tendait à s'ulcérer. Sous l'influence de simples lavages à l'eau boriquée et sans aucun traitement, cet épithélioma a considérablement diminué et s'est réduit au volume d'une amande.

Il y a trois ans, grippe qui le retient 15 jours au lit.

Histoire de la maladie. — Il y a deux ans, il vient à l'hôpital pour violentes douleurs abdominales et diarrhée. Tout cesse en quelques jours; mais depuis ce moment, il a des alternatives de constipation et de diarrhée.

Au mois de mars, il a une nouvelle crise de coliques avec diarrhée; il ne se soigne pas et guérit en quelques jours.

Vers la fin d'avril, crise plus violente qui nécessite 15 jours de séjour à l'hôpital. Enfin le 12 juin, après avoir souffert horriblement, il se décide à entrer dans le service du D^r Monprofit.

Etat actuel. — Le malade éprouve de violentes douleurs siégeant dans toute la partie inférieure de l'abdomen avec maximum à droite.

Les selles sont fréquentes, diarrhéiques, jaunâtres. Jamais de melaena. Pas de vomissements. Pas de troubles de la miction.

Le malade a considérablement maigri, d'au moins 8 kilogrammes, nous dit-il, depuis Pâques.

L'examen de l'abdomen permet de constater une légère saillie du flanc droit et de la fosse iliaque droite. A ce niveau, la palpation est si douloureuse qu'elle rend l'exploration difficile.

On arrive à reconnaître une masse du volume des deux poings, occupant la fosse iliaque et le flanc droit, résistante, légèrement mobile transversalement et remontant jusque sous le foie. Sur toute son étendue, on a une submatité très nette séparée de la matité hépatique par une bande de sonorité.

On trouve des ganglions dans les aines, dans l'aisselle droite et la fosse sus-claviculaire droite.

Intervention le 16 juin 1903. Chloroforme. Lavage, savon, alcool, oxycyanure. On constate sous le chloroforme la même tumeur que l'on avait trouvée à la palpation. Elle paraît un peu

remontée dans le flanc et semble peu mobile. On s'en tient au diagnostic de néoplasme intestinal.

Incision du côté droit, sur le bord externe du muscle droit. Ouverture de la cavité abdominale. On constate un peu d'ascite et on arrive sur la tumeur irrégulière, bosselée, à la partie inférieure de laquelle on trouve l'appendice qui est rétracté et semble avoir été sectionné primitivement.

La tumeur est très adhérente et paraît développée aux dépens de la totalité du cœcum et de la partie inférieure du côlon ascendant. En présence des adhérences et des ganglions, on se décide à faire non l'ablation, mais l'exclusion de la tumeur.

On saisit l'iléon et on en tire une longueur de 40 centimètres. A l'aide de deux pinces courbes, on délimite sur son trajet une portion de 6 centimètres environ sur laquelle on fait porter la section transversale. On sectionne également le mésentère. Hémostase d'une artériole mésentérique. On cherche alors le côlon transverse et on approche pour l'y implanter la section supérieure de l'iléon. Incision de la séro-musculaire du côlon.

On fait l'implantation par quatre surjets :

a) Premier surjet séro-musculaire postérieur.

Ouverture du côlon transverse.

b) Deuxième surjet muco-muqueux postérieur.

c) Troisième surjet pénétrant total antérieur.

d) Quatrième surjet séro-musculaire antérieur.

On cherche l'S iliaque et on isole sur son bord convexe une zone de 6 centimètres environ au moyen de deux pinces élastiques. Incision de la séro-musculaire de l'S iliaque. Implantation de la section inférieure de l'iléon par quatre surjets :

a) Premier surjet séro-musculaire postérieur.

Ouverture de l'S iliaque.

d) Deuxième surjet muco-muqueux postérieur.

c). Troisième surjet pénétrant total antérieur.

d). Quatrième surjet séro-musculaire antérieur.

Les sutures terminées, on replace la masse intestinale dans le ventre et on suture la paroi en masse au crin de Florence. Pansement.

Suites opératoires. — 16 juin. — Le soir de l'opération, le malade vomit plusieurs fois ; il se plaint de souffrir beaucoup. Ventre un peu ballonné ; faciès et pouls médiocre.

17 juin. — Nuit mauvaise ; pas de sommeil ; quelques vomissements.

18 juin. — Ventre ballonné et douloureux. Langue saburrale. Pouls petit. Le soir, quelques gaz après lavement ; pas de selles.

19 juin. — Selles après lavement. Jusqu'à ce jour, le malade avait pris seulement quelques boissons : vin blanc, très peu de bouillon, très peu de lait. Aujourd'hui on a pu lui faire prendre deux tasses de bouillon et un demi-litre de lait.

20 juin. — Malade toujours abattu. Langue saburrale, anorexie. Pas de gaz. Bouillon, un demi-litre de lait.

21 juin. — Deux lavements sans résultats. Le malade s'agite ; on doit refaire le pansement qui s'est déplacé.

22 juin. — Selles après limonade purgative. Un peu d'œdème aux membres inférieurs. Le malade a pris à midi, un œuf ; au soir un potage au tapioca. Comme boisson, vin et lait.

25 juin. — Un lavement donne issue à quelques matières. Dans le courant de la journée, diarrhée. Selles fréquentes, liquides ; ténesme. L'œdème des jambes a augmenté.

26 juin. — On enlève les fils. Plaie guérie. Selles très fré-

quentes : 20 dans la nuit dernière. Potion opium et bromure. On met le malade au lait.

29 juin. — Le malade sort et entre à l'hospice Ste-Marie. Là, il est soigné à la petite infirmerie ; mais le néoplasme suit sa marche envahissante ; et, après une phase d'amélioration d'environ un mois, le malade va se cachectisant de plus en plus et meurt le 10 août 1903.

OBSERVATION VI

Exclusion unilatérale avec double implantation, colique pour cancer du côlon ascendant et de l'angle colique droit.

Louis G. . . , cultivateur, âgé de 35 ans entre à la Clinique chirurgicale le 30 septembre 1903.

Les antécédents héréditaires ne nous apprennent rien d'intéressant.

Comme antécédents personnels, à l'âge de 15 ans, fièvre typhoïde légère qui dure environ 15 jours. A 30 ans, influenza avec phénomènes broncho-pulmonaires.

Histoire de la maladie. — Il y a huit mois, en février 1903, le malade éprouve des douleurs au-dessous du bord inférieur des fausses côtes droites. C'est une douleur sourde, continue, avec quelquefois des crises d'exacerbation provoquées par les mouvements, en particulier quand le malade se baisse.

Dès ce moment, il commence à avoir un peu de diarrhée ; ses selles sont au nombre de trois à quatre par jour, tantôt

liquides, tantôt très molles ; elles ne sont pas teintées de sang.

Au milieu de mars, il remarque une grosseur appréciable au niveau du point où il souffre.

En avril, ses matières sont teintées de quelques filets de sang ; tantôt le sang est rouge rutilant, tantôt il a une teinte noirâtre. A ce moment, ses forces ont diminué et il cesse tout travail.

Le 30 mai, en allant à la selle, il rend une grande quantité de sang qu'il estime au moins à un litre. Après cette hémorrhagie, il est obligé de s'aliter et reste pendant quelques jours dans une grande faiblesse :

Depuis ce moment, ses matières continuent à être teintées de sang, ses douleurs persistent et reviennent plus vives. Son appétit diminue et en trois mois il maigrit de 6 kilos.

Le 29 septembre, dans la nuit, il a une crise douloureuse et deux heures après il rend une assez grande quantité de sang. Il entre à l'hôpital le 30 septembre au soir.

Etat actuel. — Le malade éprouve une douleur vive dans le flanc droit, douleur continue, exagérée par les mouvements, la pression, l'ingestion des aliments et les efforts de défécation. Cette douleur s'irradie dans toute la partie droite de l'abdomen. Les selles sont liquides, noirâtres, au nombre de trois à quatre par jour.

Pas de vomissements. Pas de ballonnement du ventre.

L'état général est précaire ; le malade est pâle, cachectique, amaigri. Il a maigri de 6 kilogr. en trois mois.

A l'inspection, on note une saillie visible à jour frisant dans le flanc droit.

A la palpation, on détermine une douleur vive en un

point limité, large comme une pièce de 5 francs, sur le bord externe du muscle droit et s'étendant un peu en dehors et en arrière. A ce niveau, on sent une tumeur grosse comme le poing, profonde, difficile à circonscrire, immobile.

Cette tumeur est mate à la percussion. La matité qu'elle provoque est séparée par une bande de sonorité de la matité hépatique. Ganglions dans l'aine droite.

Opération le 3 octobre 1903. — Chloroforme. Lavage au savon, alcool, oxycyanure. Incision sur le bord externe du muscle droit dont on ouvre la gaine. Ouverture du péritoine. On arrive sur une tumeur du côlon ascendant et de l'angle colique, remontant jusque sous le foie, adhérente et absolument impossible à enlever. On se décide à faire l'exclusion de la tumeur et comme on pense que les manœuvres sont plus faciles par une incision sur la ligne médiane, on ferme la première incision par une suture en masse. Durée du temps d'exploration et fermeture : 15 minutes.

On procède à l'incision médiane ; incision au-dessous de l'ombilic de 10 centimètres ; ouverture du péritoine. On constate la présence de ganglions dans le mésentère. On prend l'iléon et, à 20 centimètres au-dessus du cœcum, on isole au moyen de deux pinces un intervalle de 3 centimètres sur l'iléon. Section transversale de l'iléon ; on isole les deux orifices de section au moyen de compresses aseptiques et on fait l'hémostase du mésentère dont on a sectionné deux arcades vasculaires. Sur le côlon transverse, au moyen d'une pince courbe, on délimite une zone complètement isolée sur le bord inférieur. On fait au niveau de la bandelette inférieure du côlon transverse une incision d'environ 3 centimètres et on rapproche de cette section le bout supérieur de

l'iléon sectionné et on fait un premier surjet séro-musculaire postérieur.

Ouverture de la cavité du côlon transverse ; deuxième surjet muco-muqueux postérieur ; troisième surjet pénétrant total antérieur ; quatrième surjet séro-musculaire antérieur. Ligature des deux surjets antérieur et postérieur aux deux extrémités de la suture.

On attire l'S iliaque dans la plaie et on isole au moyen d'une pince courbe une zone de 10 centimètres de long sur l'anse sigmoïde. On incise la tunique séro-musculaire et on approche la section inférieure de l'iléon de cette incision. Premier surjet séro-musculaire postérieur. Ouverture de la cavité de l'anse sigmoïde ; deuxième surjet muco-muqueux postérieur ; troisième surjet pénétrant total antérieur ; quatrième surjet séro-musculaire antérieur. Ligature des deux surjets antérieur et postérieur aux deux extrémités de la suture. Suture en masse de la paroi au crin de Florence. Pansement. Durée de l'exclusion : 45 minutes. Durée totale de l'opération : 1 heure.

Suites opératoires. — 3 octobre. — Au soir, pouls 80, assez ample, régulier.

Le malade n'a pas vomi, bien qu'il ait bu un peu d'eau. Il a rendu quelques gaz.

4 octobre. — Le malade a un peu de diarrhée. On lui donne 3 centigrammes d'extrait thébaïque. Il prend un peu de lait et de bouillon.

Il tousse un peu et est gêné par les gaz.

5 octobre. — Bouillon. Café au lait. Vin blanc. Il a rendu quelques gaz. Toux gênante. Respiration rude et soufflante à gauche. On lui met de la teinture d'iode.

Au soir, oppression pénible. Respiration toujours soufflante à gauche avec râles sous-crépitaux à la base.

Expectoration de crachats gommeux, légèrement rouillés.

Potion à l'acétate d'ammoniaque. Pouls 95, température 39°. Une selle liquide.

6 octobre. — Un changement subit s'est produit. Le malade n'est plus oppressé ; la toux a presque complètement disparu, température 37°. Pouls 68. Quelques râles humides à gauche.

Selles moins liquides. Le malade prend des laitages.

7 octobre. — L'amélioration s'accroît. Le malade prend des laitages et des œufs. Pour la première fois, ses selles ne sont plus liquides, mais molles.

9 octobre. — Etat excellent. Selles un peu teintées de sang.

Plus de toux, ni de gêne respiratoire. Le malade mange de la viande : une côtelette et du poulet.

11 octobre. — On enlève les fils. Suture en bon état. Le malade s'assied sur son lit.

13 octobre. — Le malade se lève. Il va très bien. Son sommeil est excellent ; il mange avec appétit ; mais il a toujours un peu de diarrhée.

Les jours suivants, le malade se promène. Il va de mieux en mieux.

Le 16 octobre. — Au moment où il quitte l'hôpital, il a engraisé de 3 kilog. 500.

Les nouvelles reçues au 2 janvier 1904 sont bonnes.

OBSERVATION VII

Exclusion unilatérale ouverte avec drainage intestinal rectiligne pour cancer de la partie terminale de l'iléon.

M. Q. de B., 55 ans.

Antécédents. — Sujet vigoureux n'ayant jusqu'à présent fait aucune maladie grave. Tendance à la constipation et sujet aux coliques intestinales. Il y a deux mois, à la suite d'une période de dix jours, pendant laquelle il souffre du ventre et de la diarrhée, il est pris tout à coup de symptômes d'occlusion. Coliques généralisées, vomissements, arrêt des gaz et des matières ; pas de douleur localisée par la palpation. Pas de température. Cet état dure quatre jours et cède peu à peu aux lavements et aux palpations répétées. Au bout de seize jours, le malade aurait été complètement rétabli.

Il reprend rapidement ses forces et son embonpoint, recommence à vaquer à ses occupations, lorsque récemment il est pris d'une crise analogue à la précédente.

Etat actuel. — Elle dure cependant moins longtemps et le malade arrive à Saint-Martin le mercredi 14 octobre, en état de demi-occlusion. Une purgation à l'huile de ricin le fait aller convenablement à la selle et il est opéré le 16 octobre 1903.

Opération. — Sous le chloroforme, le palper permet de reconnaître une tumeur mal délimitée, située sur la ligne

médiane entre le pubis et l'ombilic. Il existe d'ailleurs une saillie de la paroi très apparente à ce niveau. Incision médiane du pubis à l'ombilic. Ouverture du péritoine. On relève l'épiploon et on aperçoit les anses intestinales congestionnées. Le doigt va à la recherche de la tumeur qu'il trouve située sur l'intestin grêle, à peu près sur la ligne médiane et adhérente en arrière. L'anse afférente est facilement reconnue et on se rend compte que le néoplasme est situé, sur la dernière portion de l'iléon, à 25 centimètres environ au-dessus de la valvule iléo-cœcale. On recherche l'anse afférente et on déroule une certaine quantité d'intestin avant d'arriver jusqu'à elle. Section de l'iléon à 20 centimètres au-dessus de la tumeur, entre deux pinces entérostatiques Hémostase du mésentère. Le bout inférieur est isolé dans une compresse aseptique et le bout supérieur implanté perpendiculairement à l'anse de l'iléon située entre la tumeur et la valvule iléo cœcale, à 15 centimètres environ au-dessus de cette valvule. Sutures habituelles, premier surjet séro-musculaire postérieur. Ouverture de la muqueuse intestinale ; deuxième surjet muco-muqueux postérieur ; troisième surjet pénétrant total antérieur ; quatrième surjet séro-musculaire antérieur. On termine par l'anastomose du bout inférieur avec l'S iliaque. Pour cela, on recherche l'S iliaque, qui est mis en contact avec le bout inférieur. Même procédé de sutures que celui précédemment décrit. Nettoyage du champ opératoire. L'intestin est rentré dans le ventre et un gros drain est placé à l'extrémité inférieure de la plaie.

Suture en masse de la paroi avec de gros fils.

Suites. — Guérison.

OBSERVATION VIII

Exclusion unilatérale avec double implantation colique pour tuberculose du cœcum.

M. G..., 28 ans, habitant Saumur, entre à Saint-Martin le 6 décembre 1903.

Depuis un an, il souffre de troubles digestifs (manque d'appétit, douleurs abdominales, tendance à la constipation). Il y a deux mois survient brusquement une crise aiguë d'appendicite qui nécessite une intervention. L'abcès est ouvert, drainé ; et, quelques jours plus tard, on constate l'élimination d'un appendice gangrené. La température redevient normale et l'état général meilleur ; mais il ne se produit pas de rémission franche.

Peu à peu les douleurs abdominales réapparaissent et la constipation devient constante.

Le malade est amené à Saint-Martin pour y être opéré. L'état général est mauvais. Il existe un léger ballonnement du ventre, de la constipation, de la douleur dans le flanc droit.

L'amaigrissement est considérable et l'auscultation fait entendre aux deux sommets des signes évidents de tuberculose (2^e degré).

Le diagnostic formulé est celui de tuberculose du cœcum.

Opération le 7 décembre 1903. — Chloroformé.

Incision médiane du pubis à l'ombilic. Ouverture du péritoine.

Les anses grêles sont distendues et légèrement congestionnées.

Il existe dans le flanc droit une tumeur allongée et irrégulière formée par de volumineux noyeux tuberculeux de l'épiploon.

Recherche de la dernière portion de l'iléon. Une anse située à 25 centimètres environ de la valvule iléo-cœcale est repérée à l'aide de petites pinces à griffes. On rentre dans la cavité abdominale les anses grêles qu'on a dévidées.

Résection de la tumeur épiploïque. Section de l'anse iléale entre deux pinces entérostatiques et résection d'un petit noyau du mésentère. Hémostase du mésentère.

Implantation du bout supérieur sur le côlon transverse, premier surjet séro-musculaire postérieur. Ouverture du côlon transverse; deuxième surjet muco-muqueux postérieur; troisième surjet pénétrant total antérieur; quatrième surjet séro-musculaire antérieur.

Implantation du bout inférieur de l'iléon sectionné sur l'S iliaque. Même procédé de suture. Nettoyage du champ opératoire. Suture en masse de la paroi avec de gros fils.

Suites opératoires. — Malgré son état de faiblesse, le malade supporte bien l'intervention. Ni fièvre, ni vomissements les jours qui suivent l'opération. Les douleurs abdominales disparaissent et la constipation devient moins tenace. L'état général s'améliore sensiblement pendant une quinzaine de jours. En somme, le malade paraît bénéficier de l'exclusion intestinale qui a été faite.

OBSERVATION IX

Exclusion unilatérale fermée après résection du cæcum, du côlon ascendant et de la moitié du côlon transverse pour néoplasme.

M. M..., 42 ans, entre à Saint-Martin le 13 février 1904. Jusqu'à l'âge de 20 ans, il a été sujet aux bronchites légères.

Il fut apte au service militaire et l'accomplit sans accidents.

A 34 ans, il eut une première crise d'asthme ; et, à partir de cette époque, le travail dans la poussière lui devint impossible.

Il y a 7 ans, il eut une attaque d'influenza dont il guérit complètement. Il n'en eut aucune suite fâcheuse ; son appétit fut excellent, ses selles normales et régulières.

Le 26 septembre 1903, après une journée de travail, il fut pris pendant la nuit de coliques et de diarrhée. La diarrhée persista une semaine ; puis le malade reprit ses travaux.

Le 11 octobre. — Nouvelle crise de coliques qui dure huit jours.

Les selles sont régulières et l'appétit normal.

Pendant tous le mois de novembre, le malade éprouve une gêne abdominale ; mais il continue néanmoins à travailler.

Au commencement de décembre, il consulte son médecin qui porte le diagnostic d'entérite. A cette époque il n'y avait aucune tumeur apparente.

Il consulte de nouveau au commencement de janvier et son médecin lui prescrit des lavages du gros intestin. A leur

sortie, les lavements ont une coloration rosée qui attire l'attention du malade.

Vers le milieu de janvier, le médecin traitant constate une petite tumeur entre l'ombilic et l'appendice xyphoïde.

A partir du 15 janvier, apparaissent des hémorrhagies intestinales fréquentes, survenant en moyenne tous les deux jours ; tantôt melœna, tantôt véritable hémorrhagie.

Le sang est habituellement rouge.

La palpation de l'abdomen décèle une tumeur grosse comme le poing, résistante, occupant le flanc droit et l'hypochondre droit, immobile, douloureuse à la pression. On porte le diagnostic de néoplasme intestinal.

Le malade a considérablement maigri depuis trois mois. Il présente une particularité intéressante. Le cœur paraît situé à droite. La pointe bat au-dessous du mamelon droit. Pas de matité précordiale à gauche.

Battements aortiques très marqués au niveau du creux épigastrique.

Intervention le 15 février 1904. — Chloroforme.

Lavage, savon, alcool, sublimé. Incision médiane au-dessus et au-dessous de l'ombilic. Ouverture de l'abdomen. On constate un néoplasme gros comme les deux poings à l'angle des côlons ascendant et transverse. On place deux pinces entérostatiques en aval de la tumeur. Section de l'intestin entre ces deux pinces. La tumeur est rejetée du côté droit. On sectionne le méso-côlon dans lequel on constate quelques ganglions. Décollement de la tumeur en arrière, en y comprenant les ganglions. Ligature des gros vaisseaux sectionnés. On place deux pinces entérostatiques en amont de la tumeur. Section de l'intestin entre les deux pinces. On fait

ainsi l'ablation complète de la tumeur avec ses ganglions. Ligature des vaisseaux épiploïques. Hémostase. Suture des deux extrémités intestinales sectionnées.

Pour l'extrémité supérieure, premier plan muco-muqueux, deuxième plan séro-musculaire. Ablation des pinces entérostatiques et hémostase.

Pour l'extrémité inférieure : premier plan muco-muqueux, deuxième plan séro-musculaire. Ablation des pinces entérostatiques et hémostase.

On voit alors que la tumeur est très rapprochée du cœcum.

On se décide à en faire l'ablation. Pédiculisation du mésocôlon ascendant. Section du mécoïlon et de la partie terminale de l'iléon.

Sur la terminaison du côlon descendant, on isole à l'aide d'une pince entérostatique un segment d'anse et sur cette anse on anastomose le bout terminal de l'iléon.

Premier surjet séro-musculaire postérieur.

Ouverture du côlon descendant.

Deuxième surjet muco-muqueux postérieur.

Troisième surjet pénétrant total antérieur.

Quatrième surjet séro-musculaire antérieur.

On enlève les pinces entérostatiques. Hémostase.

Après avoir vérifié les sutures et l'hémostase, on pratique l'ablation d'une greffe néoplasique sur le péritoine.

Suture en masse de la paroi au crin de Florence.

Pansement.

Poids de la tumeur : 750 grammes.

Durée de l'opération : 1 h. 1/2.

Suites opératoires. — Dans les jours qui suivent l'opéra-

tion, le malade présente de la diarrhée. Ses selles sont fréquentes, 7 à 8 en 24 heures, et liquides ; mais au bout de trois jours elles reprennent leur consistance.

De plus, pendant quatre jours, le malade a des accidents cardiaques consistant en palpitations, douleur dans la région précordiale, arythmie ; mais, sous l'influence de la digitale, les battements reprennent leur force et leur régularité.

Le 22 février. — Le malade se trouve très bien ; son appétit est revenu et ses selles sont normales.

Le 27 février. — On enlève les fils. La plaie est en parfait état.

Rentré chez lui, le malade succomba à la fin de mars par suite de la généralisation du cancer.

OBSERVATION X

Entéro-anastomose et anus iliaque pour occlusion intestinale, puis exclusion de l'intestin par double implantation, colique pour cure d'anus iliaque.

Mme G..., de Longué, 35 ans.

Pas de maladies antérieures.

Réglée à 14 ans, régulièrement, deux enfants.

Au mois de mai 1903 la malade est prise d'une crise d'occlusion qui survient en trois ou quatre jours. Elle éprouve de vives douleurs disséminées dans tout l'abdomen, sans localisation spéciale.

La constipation est opiniâtre, les vomissements fréquents, fécaloïdes.

Le Dr Monprofit, appelé en consultation, propose une intervention, mais le lendemain de la consultation, les symptômes d'occlusion s'atténuent et disparaissent en quelques jours.

Dès les premiers jours d'août, nouvelle crise d'occlusion.

La malade est amenée dans cet état à Saint-Martin.

Intervention le 5 août 1903. — Incision médiane sus et sous-ombilicale.

On trouve l'intestin grêle dilaté et congestionné.

L'exploration de l'abdomen est négative. On ne trouve aucune tumeur du côté du flanc droit où l'on avait perçu quelques jours avant la crise une résistance très nette. On se décide à faire une entéro-anastomose entre l'iléon et l'S iliaque. L'S iliaque est recherché et amené au dehors. Une anse de l'iléon située à 20 centimètres au-dessus de la valvule iléo-cœcale est mise au contact de l'S iliaque. On pratique l'anastomose latérale.

Premier surjet séro-séreux postérieur.

Incision de chaque côté du surjet.

Deuxième surjet perforant total postérieur.

Troisième surjet perforant total antérieur.

Quatrième surjet séreux antérieur.

Fermeture du ventre, surjet péritonéal.

Suture en masse de la paroi.

La cicatrice est fortement collodionnée.

Afin d'éviter la tension intestinale et de hâter l'issue des matières, on pratique au niveau du cœcum un anus artificiel qu'on ouvre immédiatement et qui donne issue à une abondante quantité de gaz et de matières.

Suites opératoires. — Les suites sont excellentes.

L'état général s'améliore de jour en jour.

L'intestin se vide tantôt par l'anus artificiel, tantôt par l'orifice naturel.

Malheureusement, les selles normales deviennent de plus en plus rares. C'est l'anus iliaque qui fonctionne le plus souvent. On suppose que les matières ne s'engagent pas dans l'S iliaque au niveau de l'anastomose et suivent leur trajet normal.

La malade se décide à revenir à Saint-Martin au mois de mars 1904, afin de se débarrasser de son anus artificiel.

Deuxième intervention (mars 1904). — Laparatomie médiane.

L'exploration de l'abdomen ne révèle aucune tumeur.

Recherche de l'ancienne anastomose. On constate qu'elle est en parfait état. Section de l'iléon immédiatement au-dessous de l'ancienne anastomose.

Fermeture du bout supérieur par une suture à deux étages : suture perforante totale et suture séreuse.

Le bout inférieur est implanté sur l'S iliaque à 20 centimètres, au-dessous de l'ancienne anastomose.

Implantation termino-latérale, fermeture du ventre.

Suture en masse de la paroi.

Dissection de l'anus iliaque, fermeture de cet orifice intestinal à l'aide de deux surjets, l'un pénétrant total, l'autre séreux.

Les lèvres de la peau ne sont pas rapprochées.

Pansement compressif.

Suites opératoires. — Le soir de l'opération, la malade éprouve quelques coliques.

Le lendemain, elle va à la selle normalement, mais elle

éprouve des coliques violentes et ressent une certaine tension douloureuse au niveau de l'ancien anus iliaque.

Celui-ci cède à la pression des gaz et des matières.

Il s'établit un orifice permettant l'introduction du petit doigt.

La malade continue à aller à la selle par le rectum.

Les matières s'écoulent parfois encore par l'anus iliaque mais cet écoulement diminue de jour en jour.

Il est presque entièrement supprimé, quand l'opérée quitte la maison de santé, rappelée précipitamment dans sa famille pour des motifs d'ordre privé.

CONCLUSIONS

1° L'exclusion de l'intestin est une opération palliative, utile dans le cas de cancer, préférable à l'anus contre nature et qui a pu quelquefois permettre une résection secondaire.

2° L'exclusion rend de précieux services après certaines résections intestinales pour cancer, afin d'éloigner le plus possible l'entéro-anastomose du siège primitif du néoplasme et d'empêcher les phénomènes d'occlusion, en cas de récurrence.

3° L'exclusion est une opération curative dans la tuberculose peu étendue du cœcum, la mise au repos du segment d'intestin malade permettant, à l'aide d'un traitement approprié, d'obtenir la guérison.

4° Le procédé auquel nous donnons la préférence est l'exclusion unilatérale ouverte avec double implantation colique.

5° Ce procédé qui supprime la fistule stercorale, donne un fonctionnement immédiat parfait, une diminution de la congestion au niveau de la tumeur et une amélioration rapide de l'état général.

6° Le reproche qu'on lui a adressé, l'obstacle, créé

dans certains cas par la valvule iléo-cœcale, n'est pas si important qu'on pourrait le croire ; car nos malades opérés dans ces conditions n'en ont eu aucun inconvénient. Du reste, il pourrait être facilement supprimé.

Vu : le Président de la thèse,

TILLAUX

Vu : le Doyen,

BEBOVE

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Angerant. — Thèse, Paris 1894.

Baracz. (Von). — Experimenteller Beitrag zur Frage der totalen. Darmausschaltung mit totalen Verschluss der ausgeschalteten Darmschlinge zugleich Beitrag zur axialen. Darmvereinigung. Arch. f. Klin. chir. Berlin, 1899.

— Zur Ätiologie der Darmverchlusses nach Resection und totalen Ausschaltung der Dickdarm und ileo-cæcum. Centralbl. f. chir. Leipzig, 1897.

— Ueber die totale Darmausschaltung und über die Verwendbarkeit der Kolrübenplatten bei der ileocolostomie. Centralbl. f. chir. Leipzig, 1894.

— Congrès international des sciences médicales, Moscou 1897.

Becker Ernst. — Ueber Darmresection. Deutsche zeitsch. f. chir. Leipzig, 1894.

Bier. — München, med. Woch. 1895
Arch. f. Klin. chir. B. d. XLIV.

- Bovis* (R. de). — Cancer du gros intestin. Revue de chirurgie 1901.
- Cavaillon*. — Exclusion unilatérale du gros intestin pour une tumeur de la partie fixe du côlon iléo-pelvien. Lyon médical, 5 avril 1903.
- Chaput* — Soc. de chirurgie. Paris, 6 juin 1894.
- Delore et Patel*. — De l'exclusion unilatérale dans les fistules rebelles de l'intestin. Revue de chir., Paris 1901.
- Du traitement de l'anus contre nature. Revue de chirurgie, Paris 1901.
- Drucbert*. — De l'exclusion de l'intestin. Th. de Lille 1902.
- Duval*. — Traitement chirurgical du cancer du gros intestin. Thèse Paris 1902.
- Eiselberg* (Von). — Ueber die Behandlung von Kothfistel. und stricturen der darmeanales mittel. der totalen Darmausschaltung. Arch. f. Klin. chir. Berlin 1898.
- Weitere Beiträge zur Casuistik der Darmausschaltung. Wiener. Klin. Woch., 1896.
- Arch. f. Klin. chir., 1903.
- Franke*. — Centrabl. f. chir. Leipzig., 1902.
- Frey*. — Beit. z. Klin chir. Tübingen, 1895.
- Friele*. — Med. Rev. Bergen., 1894.
- Funke*. — Prager med. Woch., 1894.
- Gérard-Marchant*. — Chir. du gros intestin, Paris, 1902.
- Giordano*. — De l'exclusion du côlon dans le traitement du cancer du cœcum. XIII^e Congr. intern. de Méd. 1900.

Guinard. — Anus contre nature et fistules stercorales.
Traité de chirurgie clinique et opératoire. Paris
1899.

Hartmann. — Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. Paris
1900.

— Rapport au XVI^e Congr. de Chir. Paris, 19
oct. 1903.

Heydenreich. — Sem. méd., 1897.

Hochenegg. — Chirurgische ein griffe bei Blindarmer.
Kränkungen. Wien. Klin. Woch., 1895.

Jaboulay. — Lyon médical, avril 1903.

Jeannel. — Chirurgie de l'intestin. Paris 1901.

Kammerer. — Zur Frage der Darmausschaltung mit
totalen. Occlusion. Centralbl. f. chir. Leipzig.,
1902.

Klecki. — Wien. Klin. Woch., 1894.

— Ann. de l'Inst. Pasteur, 1894.

Kærte. — Arch. f. chir. Berlin 1894.

Labey. — De l'intervention chirurgicale dans les for-
mes graves de colites rebelles. Th. Paris 1902.

Lance. — Etude sur l'exclusion de l'Intestin. Th. Paris
1903.

Lardennois. — Cancer du gros intestin. Gaz. Hôpit.
Paris 1900.

— Thèse Paris 1898.

— Cancer du cœcum. Un. méd. du Nord.-Est.
Reims 1900.

Lavisé. — De l'exclusion intestinale. Ann. de la Soc.
bel. de chir. Bruxelles 1898.

Le Clech. — Contribution à l'étude de l'exclusion. Th.
Paris, 1900.

Le Dentu. — De l'exclusion intestinale. Revue de gyn.
et de chir. abdom. Paris 1899.

Maisonneuve. — Arch. gén. de Méd. 1845.

— Bull. de la Soc. de chir., 1853-54.

— Clinique chirurgicale. Paris 1900.

Maucclair. — Bull. de la Soc. anat., 21 décembre 1900.

Monprofit. — Une nouvelle méthode d'exclusion : l'ex-
clusion intestinale avec drainage par l'intestin.
Cong. Franç. de chir., 1903.

— Chirurgie de l'intestin. Une nouvelle méthode
d'exclusion. De l'exclusion intestinale avec drai-
nage par l'intestin. Arch. prov. de chir. Paris
1904.

Mouchet. — Gaz. hebd. de méd. et de chir., 30 janvier
1902.

Morestin. — Cancer du gros intestin. Occlusion intes-
tinale. Bull. et Mém. Soc. anat. de Paris 1900.

— Cancer du côlon pelvien. Bull. et Mém. Soc.
anat. de Paris 1901.

Nannotti. — Ricerche sperimentali sulle exclusioni com-
plete ed incomplete del côlon. Clinica moderna,
Firenze 1901.

Narath. — Ueber Darmausschaltung. Arch. f. Klin.
Chir. Berlin, 1896.

Obalinski. — Zur totalen Darmausschaltung. Centralbl.
f. chir. Leipzig, 1894.

- Zur Berechtigung der Darmausschaltung mit totalen Verschluss ausgeschalteten Darmstüchs. Centralbl. f. chir. Leipzig, 1895.
- Ein Weitere Beitrage zur totalen Darmausschaltung. Wien. med. Presse, 1897.
- Patel.* — Thèse de Lyon, 1902.
- Payr Erwin.* — Beitr. z. Frage der totalen Darmausschaltung. Wiener Klin. Woch., 1900.
- Pauchet.* — Soc. de Chir. de Paris, mars 1902.
- Peyrot.* — XIV^e Congrès de chirurgie. Paris, 1901.
- Poggi et Tizzoni.* — Mém. de l'acad. de Bologna, anno III et Bull. méd. 1888.
- Quervain (de).* — Communic. à la Soc. de Méd. de la Suisse rom., 1901.
- De l'implantation du côlon transverse dans le rectum. Rev. med. de la Suisse rom. Genève, 1901.
- Roskoschny.* — Zur Casuistik der Darmausschaltung. Deutsch Zeitschr. f. chir. Leipzig, 1901.
- Roux.* — Cong. intern. de méd. Paris, 1903.
- Rutkowski.* — Zur méthode der Harublasenplastik.
- Salzer.* — Ein Vorschlag zur modification der enteroanastomose durch vollige ausschaltung des Krauken Darmtheiles. Centralbl. f. chir. Leipzig, 1891.
- Senn.* — Intestinal surgery. Chicago, 1889.
- Terrier et Gosset.* — De l'exclusion de l'intestin. Rev. de Chir., 1900.
- Thiry.* — Acad. d. Wissensch. Wien, 1864.
- Tuffier.* — Bull. de la Soc. de Chir., 11 février 1903.

Vautrin. — Contribution à l'étude de l'exclusion de l'intestin. Rev. de Chir., Paris, 1903.

Vella. — Untersuch. z. naturl. v. Moleschott, 1882.

Wiesinger. — Ueber Dauerresultate bei Darmausschaltung Deutsch. Zeits, f. chir. Leipzig, 1901.

Wilhelm Ammer. — Thèse Kiel, 1902.

Woelfler. — Verhandll d. Deutsch. Chir., 1896.